

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MYOMES INTRA-CAVITAIRES
DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 25 Novembre 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre PICHAT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 7 Octobre 1929, à NYONS (Drôme)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES MYOMES
INTRA-CAVITAIRES DE L'UTERUS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
MYOMES INTRA-CAVITAIRES
DE L'UTÉRUS

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 25 Novembre 1955

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre PICHAT

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 7 Octobre 1929, à NYONS (Drôme)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1955

Doyen M. HERMANN. | Doyen honoraire M. J. LEPINE.
 Assesseur M. J. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE, PATEL,
 LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURQUAND, MAZEL, LEULIER, GARIN.

PROFESSEURS

Clinique médicale A.	MM. FROMENT.
Clinique médicale B.	P. RAVAUULT.
Clinique chirurgicale A.	SANTY.
Clinique chirurgicale B.	WERTHEIMER.
Clinique ophtalmologique.	BONNET.
Clinique urologique.	CIBERT.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose.	DUFOURT.
Clinique dermatologique et syphiligraphique.	GATE.
Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale.	DECHAUME.
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie.	SEDALLIAN.
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile.	GUILLEMINET.
Clinique gynécologique.	POLLOSSON.
Clinique obstétricale.	PIGEAUD.
Clinique stomatologique.	DUCLOS.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.	BERNHAIM.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	MAYOUX.
Physiologie.	HERMANN.
Anatomie pathologique.	J.-F. MARTIN.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	PONTHUS.
	(détaché à Beyrouth)
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire.	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie.	CHAMBON.
Pathologie générale et expérimentale.	JOSSERAND
Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale.	DELORE.
Anatomie.	GABRIELLE.
Pathologie interne.	CROIZAT.
Chimie biologique et médicale.	ENSELME.
Pathologie chirurgicale.	MALLET-GUY.
Histologie.	NOEL.
Pharmacie galénique et matière médicale.	REVOL.
Médecine du travail.	BOURRET.
Thérapeutique.	LEVRAT.
Hygiène et action sanitaire et sociale.	SOHIER.
Biologie médicale et pharmacodynamie.	JOURDAN.
Botanique et cryptogamie.	NETIEN.
Propédeutique chirurgicale.	BERTRAND.
Chimie analytique pharmaceutique.	BADINAND.
Pharmacie et pharmacologie.	DREVON.
Médecine légale et déontologie.	ROCHE.
Parasitologie et pathologie exotique.	X...



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique. M. BANSILLON. | Physique biologique M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Parasitologie. MM. ROMAN.	Pharmacie galénique
Parasitologie. COUDERT.	et matière médicale. MM. DORCHE.
Physiologie. CIER J.-F.	Anatomie. DUROUX.
Physiologie. CHATONNET	Pharmacie et Pharmacologie
Chimie biologique	Hygiène. CIER André.
et médicale CREYSEL R.	Anatomie pathologique
Bactériologie. BERTOYE A.	Chimie organique
	et Toxicologie PERROT L.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale . MM. GALY.	Ophtalmologie. MM. PAUFIQUE.
Pathologie médicale GONIN.	Obstétrique. MAGNI N.
Pathologie médicale GUINET.	Obstétrique. MATHIEU J.
Pathologie médicale PONT.	Obstétrique. BURTHIAULT.
Pathologie médicale VIGNON.	Oto-rhino-Laryngologie. GIGNOUX.
Pathologie médicale REVOL.	Dermato-Vénérologie THIERS.
Pathologie médicale TRAEGER.	Urologie PERRIN.
Pathologie chirurgicale MANSUY.	Neuro-Chirurgie. LECUIRE.
Pathologie chirurgicale DARGENT.	Orthopédie MARION Joseph.
Pathologie chirurgicale GUILLET.	Stomatologie FREIDEL.
Pathologie chirurgicale MARION P.	Electro-Radiologie PAPILLON.
Pathologie chirurgicale MICHAUD.	Pédiatrie et Puériculture. FRANÇOIS.
Pathologie chirurgicale JAUBERT	Thérapeutique BRETTE.
	Maladies infectieuses. MONNET.
Pathologie chirurgicale SAUTOT.	

CHARGE DES FONCTIONS D'AGREGE

Médecine légale. M. COLIN.

CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGE

Histologie. M. DUMONT Louis. | Physique biologique. M. MORET.

LES EXAMINATEURS DE LA THESE :

**Président : M. ROCHET ; Assesseurs : MM. LABRY,
 DUROUX et MICHAUD**

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

A MES PARENTS

En témoignage d'affection et de
reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

*Professeur de Thérapeutique Chirurgicale
et de Chirurgie opératoire*

Il nous a fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence
du jury de notre thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici, avec
l'assurance de notre profond res-
pect, le témoignage de notre sincère
reconnaissance.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LABRY

Chirurgien des Hôpitaux

C'est avec une grande bienveillance qu'il nous a accueilli dans son service et qu'il nous a confié l'élaboration de cette thèse.

Nous garderons toujours le souvenir de la grande bonté qu'il témoigne à ses malades et de la bienveillance avec laquelle il prodigue à ses élèves conseils et encouragements.

Il a bien voulu accepter de faire partie du jury de notre thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUROUX

Aidé, lors de l'élaboration de ce travail, de ses conseils et encouragements, nous avons pu apprécier sa rare bienveillance.

Il a bien voulu être notre juge.

Nous le prions d'accepter, avec notre profonde gratitude, l'assurance de notre respectueux attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHAUD

Chirurgien des Hôpitaux

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être notre juge.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL GIRAUD

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX CIVILS DE LYON

A NOS MAITRES
DE L'HOPITAL MILITAIRE DES GENETTES

A NOS MAITRES
DE L'HOPITAL MILITAIRE SCRIVE DE LILLE :

MONSIEUR LE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL DUPEYRON
Electro-Radiologiste

MONSIEUR LE MÉDECIN COMMANDANT CHEVAT
Médecin des Hôpitaux Militaires

MONSIEUR LE MÉDECIN CAPITAINE DEMARTY
Chirurgien des Hôpitaux Militaires

En témoignage de gratitude pour
l'enseignement et les conseils dont
ils nous ont fait bénéficier dans
leurs services au cours de notre der-
nière année d'études médicales.

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. GOUNELLE
Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Il nous a fait l'honneur de son
amitié et, lors de trop brefs entre-
tiens, il nous a prodigué des conseils
particulièrement bienveillants.

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE MÉDECIN COLONEL R. CULTY
Electro-Radiologiste
Ancien Assistant du Val-de-Grâce

Il nous a orienté vers les études
médicales et, pendant toute leur
durée, il nous a toujours témoigné
une amicale sollicitude. Qu'il trouve
ici l'expression de notre respectueux
attachement.

A MES CAMARADES MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A MES CAMARADES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

AVANT-PROPOS

Le myome utérin intra-cavitaire, actuellement bien connu des gynécologues lyonnais, fait partie de ces pathologies qu'on croit sans mystère et sur lesquelles finalement seuls les spécialistes ont des vues claires, aucun document important n'ayant été publié par eux dans la littérature médicale courante.

A priori, il semble un peu surprenant de ne pouvoir lire que des articles parcellaires concernant cette affection fréquente. Cela nous a incité à réunir dans un même travail les observations du Service de M. le Professeur agrégé Labry, soit 118 observations recueillies de 1945 à 1955.

Nous le remercions infiniment de nous avoir autorisé à puiser dans son service les éléments de notre thèse, à publier le résumé des observations, et à utiliser les arguments qu'il avait développés avec M. Duroux, son assistant, dans le *Lyon Chirurgical*, en 1952.

Nous tenons à le remercier également de l'accueil qu'il nous a réservé, de l'amabilité avec laquelle il nous a enseigné point par point ce chapitre de la gynécologie.

Nos plus vifs remerciements s'adressent aussi à M. le Professeur agrégé Duroux, dont la chaleureuse bienveillance et les conseils éclairés ont grandement facilité l'élaboration de ce travail.

INTRODUCTION

Dans l'étude anatomo-pathologique des fibro-myomes de l'utérus, il est classiquement distingué 3 formes :

- les fibromes interstitiels,
- les fibromes sous-péritonéaux,
- les fibromes sous-muqueux.

Parmi les fibro - myomes sous - muqueux, certains constituent les myomes intra-cavitaires, car ils font, à l'intérieur de la cavité utérine, une saillie plus ou moins importante. On en distingue ainsi deux variétés :

1°) Les myomes sessiles : il s'agit d'une masse située directement sous la muqueuse utérine, déformant la cavité corporeale. Cliniquement, ils sont souvent pris pour des fibromes interstitiels.

2°) Les myomes pédiculés qui constituent les polypes fibreux. Ces polypes peuvent rester inclus, en battant de cloche, dans un cavité utérine agrandie. Mais classiquement, sur ce myome plus ou moins volumineux, l'utérus se contracte, le col s'efface et parfois se dilate progressivement sans qu'il y ait expulsion.

De ces différentes formes anatomiques découlent des tableaux cliniques extrêmement variés que, par les 118 observations de M. Labry, nous allons essayer de préciser. Une étude clinique générale des signes fonctionnels essentiels nous amènera à envisager les renseignements que peut donner un examen clinique gynécologique, renseignements que l'on peut compléter par des examens spéciaux dont nous discuterons la valeur. Nous essaye-

rons ensuite d'isoler des formes cliniques que l'étude des observations nous a suggérées. Il apparaîtra que le diagnostic de myome intra-cavitaire n'est pas toujours aisé, on ne peut souvent que le soupçonner, encore faut-il y penser, alors que d'autres diagnostics plus graves doivent venir systématiquement à l'esprit du gynécologue. Nous envisagerons, pour terminer, les différents traitements : un traitement médical d'appoint, et le traitement chirurgical qui est, la clinique nous le montrera, seul de mise devant un myome intra-cavitaire. Quant aux indications des différentes techniques chirurgicales, nous verrons qu'il est assez difficile de les codifier avec toute la rigueur voulue.

I - ETUDE CLINIQUE

I - SIGNES FONCTIONNELS

1° - Les Hémorragies

Ce qui frappe à la lecture des observations de myomes intra-cavitaires, c'est la fréquence des phénomènes hémorragiques. Alors que, dans les fibromes en général, les auteurs comme Tixier et Ducuing ne retiennent les hémorragies comme symptôme capital dans seulement 50 % des cas, il est curieux de noter que, dans les myomes intra-cavitaires, c'est dans plus de 90 % des cas que les hémorragies sont au premier plan de la scène clinique : elles sont, en effet pour la plupart, plus abondantes et plus fréquentes que dans les fibromes interstitiels.

Quant au rythme précis des hémorragies, il est assez difficile à schématiser : il s'agit

— tantôt de ménorragies, règles augmentées en durée et en abondance dans un cycle régulier ;

— tantôt de métrorragies, hémorragies sans caractère périodique ;

— le plus souvent de méno-métrorragies, qui sont des hémorragies encadrées par de véritables règles rythmées, abondantes et longues. L'hémorragie intermenstruelle est soit nettement isolée des règles, soit très rapprochée (« méno-métrorragies soudées » de Ducuing).

La ménorragie, hémorragie la plus habituelle et la plus caractéristique ne s'installe jamais brusquement, encore qu'il soit difficile d'extraire de l'interrogatoire des notions précises, et de connaître exactement la quantité de sang perdue par la malade. Comme il est classique de le dire, les fibromateuses supportent bien leurs pertes de sang, mais nous verrons que le myome intra-cavitaire, par l'abondance et la ténacité de l'hémorragie qu'il entraîne, peut amener la malade à un état d'anémie chronique ou quelquefois aiguë, nécessitant alors un traitement d'urgence, tant médical (transfusion) que chirurgical (curetage ou hystérectomie). Dans les ménorragies, on constate souvent la présence de caillots : ils se produisent classiquement chez celles qui « saignent beaucoup et rapidement » (Ducuing), leur expulsion s'accompagnant parfois de coliques utérines.

Les méno-métrorragies « soudées » semblent assez fréquentes (45 observations, soit 37 % des cas). Quelques malades parlent de pertes roussâtres mélangées à des pertes blanches ou purulentes, ou de suintements séro-sanglants. Ces symptômes semblent assez particuliers aux myomes pédiculés intra-utérins ; ils témoignent d'une infection surajoutée fréquente.

Il est très important de noter que le traitement hormonal classique, si efficace dans les fibromes banaux, se révèle bien souvent inopérant pour tarir les hémorragies des fibro-myomes endo-utérins. Et l'on peut même dire que l'échec de la thérapeutique hormonale mâle permet d'orienter le diagnostic et doit faire espérer un myome intra-cavitaire.

Ainsi en est-il dans 16 observations citées. On trouve même des cas où la thérapeutique hormonale a pendant un certain temps diminué les hémorragies, mais celles-ci ne tardent pas à reparaitre plus abondantes, plus fréquentes et même menaçantes. Ces hémorragies, d'ailleurs, sont le fait du fibrome, mais très certainement aussi, le fait de l'infection surajoutée.

2° - Les Signes d'Infection

Tout fibrome intra-cavitaire doit être soupçonné d'infection. En effet, si celle-ci est un de leurs symptômes, elle se manifeste sous des aspects très variables selon qu'elle reste limitée à la cavité utérine ou qu'elle atteigne (et ceci avec une fréquence particulièrement importante) les annexes.

Le col dilaté (perceptible au toucher vaginal) livrant passage aux éléments microbiens, l'utérus est très souvent le siège d'une *endométrite*. Elle peut être cliniquement latente et découverte, alors, à l'ouverture de la pièce d'hystérectomie ou bien entretenir des leucorrhées par hypersécrétion glandulaire ou bien encore aboutir à une pyométrie, que favorise l'existence de polypes fibreux pédiculés. Cette dernière éventualité semble néanmoins assez rare car nous n'en avons trouvé que deux cas, sans signe clinique particulier, sinon un peu de température. Assez fréquemment (11 fois) il est fait mention dans les protocoles d'intervention, d'une endométrite végétante.

Mais ce que nous retrouvons avec une particulière fréquence ce sont les *leucorrhées* purulentes dont l'intensité, le degré d'infection sont très variables : s'il s'agit dans 2 cas d'écoulement hydropurulent intermittent, c'est le plus souvent de pertes blanches, ou jaunâtres, purulentes, fétides dont se plaignent les malades. Souvent hémorragies et leucorrhées s'intriquent « en pertes rosées », les pertes blanches faisant en général suite aux pertes de sang.

Ce que l'infection atteint avec prédilection dans le cas de myomes intra-cavitaires, ce sont les *annexes*. Le plus souvent c'est une annexite chronique dont la symptomatologie se confond avec celle du fibrome, et parfois seules des douleurs spontanées ou provoquées par le toucher peuvent la faire soupçonner. Et il est probable

qu'une grande partie des douleurs abdominales (à type de pesanteur), à irradiation lombo-sacrée dont il est fait mention dans 45 observations, relèvent d'une annexite plus ou moins latente.

Dans les dix cas, où nous relevons de la température, l'annexite semble avoir pris un aspect plus aigu avec des douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen, souvent unilatérales, irradiant dans la région lombaire.

Sans doute du fait de l'utilisation actuelle fréquente des antibiotiques, les cas d'annexite aiguë avec réaction péritonéale semblent avoir été rares (2 cas). Les douleurs signalées d'autre part ne relèvent pas toutes, certes, d'une annexite.

Ce qui est pathognomonique du myome intracavitaire, ce sont :

3° - Les Douleurs de Colique utérine expulsive

Les malades se plaignent de « coliques dans le bas ventre », de douleurs continues, avec des paroxysmes, des douleurs à type de lancées. Il s'agit de douleurs expulsives, plus ou moins continues, intermittentes, revêtant un caractère assez pénible rappelant les douleurs de l'accouchement. Et parfois en effet un polype fibreux fait issue partiellement à travers le col dilaté. Mais le plus souvent, le myome reste strictement endo-utérin : le col est entrouvert et les douleurs ne font que traduire les contractions de l'utérus sur la masse myomateuse.

4° - Signes accessoires

Nous avons relevé :

— Des douleurs de compression mécanique ;

- Des troubles urinaires à type de pollakiurie (16 cas), de rétention (1 cas) ;

De la constipation ;

- Enfin un cas de phlébite spontanée dont l'origine doit être rapportée à l'existence d'un myome intra-cavitaire infecté.

II - EXAMEN GYNECOLOGIQUE

Les renseignements que donne l'examen gynécologique de routine sont assez variables et la plupart du temps, s'ils permettent d'évoquer la possibilité d'un fibrome, ils ne feront pas toujours penser à un myome intra-cavitaire.

1° - Le corps Utérin

Combinant le toucher vaginal et la palpation abdominale, on perçoit en général une masse augmentée de volume dans des proportions très variables, de consistance fibreuse, masse régulière ou bien déformée, bosselée par un ou plusieurs noyaux fibromateux plus durs. Mais assez souvent l'utérus apparaît de taille subnormale.

Dans quelques cas, le toucher combiné au palper abdominal déclenche une métrorragie, ce qui évoque a priori l'idée de néoplasme.

2° - Les Annexes

Le plus souvent elles ne sont pas perçues, bien que l'examen de la pièce après l'intervention révèle une

annexite ayant évolué à bas bruit. Néanmoins, dans certains cas, on a perçu une masse para-utérine qui traduisait une salpingo-ovarite, à moins qu'il ne s'agît d'un kyste de l'ovaire (8 cas).

3° - Le col utérin

Particulièrement important, c'est l'examen du col qui permet d'orienter le diagnostic. Si, chez un bon nombre de malades, le col apparaît entièrement normal, il peut être ascensionné, basculé en avant, ramolli ou bien dur. Mais, signe caractéristique dans *31 des observations relevées (soit 25 % des cas)*, il apparaît en partie effacé et entrouvert. Tantôt par ce col légèrement dilaté, s'écoule un peu de sang plus ou moins mêlé à du pus, tantôt le doigt sent dans l'orifice cervical effacé une masse intra-utérine (c'est un myome intra-cavitaire en voie d'expulsion), tantôt le polype fait partiellement hernie à travers le col, cette fois très dilaté.

A noter en outre la fréquence des polypes muqueux du col de valeur symptomatique (autant d'un cancer que d'un myome).

Le gynécologue se trouve donc en présence le plus souvent, d'une malade de 40 à 55 ans, se plaignant d'hémorragies rebelles avec ou sans signes infectieux, avec ou sans douleurs. La constatation, à l'examen, d'un utérus fibreux, d'un col effacé ou entrouvert doit faire envisager la possibilité d'un fibrome intra-cavitaire, auquel on ne songe souvent pas, d'autres diagnostics plus redoutés venant à l'esprit.

III - LES EXAMENS SPECIAUX

Nous éliminerons d'emblée :

— *L'HYSTEROMETRIE* qui montrerait des modifications de la cavité utérine, mais qui présente actuellement peu d'intérêt ;

— *L'HYSTEROSCOPIE*, peu pratiquée en général, car elle est douloureuse et, de plus, souvent gênée par les hémorragies. Nous n'en avons d'ailleurs pas l'expérience.

Nous envisagerons tout de suite.

L'HYSTEROGRAPHIE

On sera peut-être frappé dans la lecture des observations recueillies qu'il n'ait été fait mention qu'une fois d'un tel examen. Il en avait été pratiqué un autre qui avait fait porter le diagnostic de polype intra-cavitaire : à l'intervention, on s'est trouvé devant un cancer du corps utérin.

En effet, l'interprétation des images lacunaires données par l'hystérographie est très difficile : certes, il est des lacunes, des encoches régulières, constantes sur plusieurs clichés qui sont des images typiques de polypes utérins, très démonstratives, très satisfaisantes pour l'esprit. Mais sont-elles d'un intérêt pratique ? Devant une malade qui perd du sang, parfois du pus, qui souffre, qui se trouve même quelquefois dans un état d'anémie aiguë, a-t-on intérêt à perdre du temps pour pratiquer un examen dont la technique est assez difficile, l'interprétation délicate, et qui, dans le cas particulier des myomes intra-cavitaires, présente un risque certain ? L'importance de l'hémorragie utérine, l'état grave de

certaines maladies rendent parfois pratiquement impossible l'hystérogaphie.

Mais la contre-indication majeure réside dans le fait que le myome intra-cavitaire entraîne en général une infection utérine et annexielle, sinon péritonéale. L'introduction, même avec précaution et sans pression de lipiodol, ne risque-t-elle pas de faire flamber et d'étendre au péritoine une infection génitale aiguë ou même subaiguë ? Il ne s'agit pas d'une contre-indication formelle, mais ne vaut-il pas mieux s'abstenir pour éviter ce risque ?

L'interprétation laissera toujours un doute : s'il s'agit d'une femme encore en activité génitale, on pourrait se trouver devant un polype placentaire non justiciable d'une hystérectomie, mais d'un simple curetage. Au voisinage de la ménopause surtout, et dans tous les cas d'ailleurs, il peut s'agir d'un cancer. Aussi l'hystérogaphie n'apporte-t-elle rien de définitif et n'aurait que l'avantage de diriger la curette biopsique dans un endroit plus précis de la cavité utérine, car si l'on peut faire le diagnostic de fibrome intra-cavitaire dans les cas typiques, dans tous les autres cas, il faudra avoir recours à une exploration plus directe.

En particulier, le *CURETAGE EXPLORATEUR* est souvent pratiqué. Bien qu'il ne donne que des renseignements morphologiques grossiers, il permet au chirurgien de se rendre compte de la nature du contenu de la cavité utérine. Il permet d'éliminer le cancer du corps utérin. Dans les cas douteux, il permet un examen anatomo-pathologique. Il permet aussi, souvent, un acte chirurgical simple : l'ablation d'un myome à la curette ou la simple torsion d'un polype.

On peut pratiquer, éventuellement, selon les conseils de MM. Cotte et Pollosson, une *HYSTEROTOMIE EXPLORATRICE* qui, au cours même de l'intervention, permet de juger des conditions anatomiques, pouvant ainsi éviter ou précéder une hystérectomie. Cette manière de faire présente tout son intérêt chez les jeunes filles et jeunes

femmes où, évidemment, l'intervention radicale est à éviter au maximum.

De l'étude clinique rapide des myomes intra-cavitaires, il ressort que le diagnostic est loin d'être toujours exactement posé, les différentes modalités anatomo-cliniques suivant lesquelles ils se présentent, faisant envisager bien d'autres diagnostics.

II - FORMES CLINIQUES

I - FORME HEMORRAGIQUE PURE

Nous avons trouvé 24 observations, soit 20 % des cas concernant des malades n'accusant exclusivement que des méno-métrorragies de sang rouge avec ou sans caillots. Gardant pendant un certain temps les caractères de métrorragies, ces pertes ne tardent pas à prendre l'allure de méno-métrorragies, dont l'abondance et la fréquence vont en s'accroissant. Ces malades ne se plaignent, par ailleurs, d'aucun autre trouble fonctionnel, sinon un peu de lassitude.

L'examen ne révèle, dans la plupart des cas, qu'un utérus dur et volumineux, plus ou moins déformé. Les annexes sont normales.

Nous rapportons ci-après 24 observations résumées :

OBSERVATION 1. — *Mme Ver...*, 46 ans (19-7-49).

Depuis 3 ans, ménorragies. Légère douleur hypogastrique.

T. V. : Utérus fibreux de la ménopause.

Curetage : Noyau fibreux du côté droit. Curetage abrasif. Chlorure de zinc.

OBSERVATION 2. — *Mme Vou...*, 46 ans (22-7-49).

Depuis 1 mois perd sans arrêt (ménorragie).

T. V. + T. R. : On sent un noyau fibreux postérieur.

Curetage : La curette accroche en différents endroits des noyaux fibreux. Curetage abrasif. Chlorure de zinc.

Suites : Phlébothrombose.

OBSERVATION 3. — *Mme Thi...*, 51 ans.

Hémorragie utérine de sang noirâtre, peu abondante, mais quotidienne.

T. V. : Col un peu dur, très entrouvert. Utérus non perçu (météorisme abdominal).

Curetage : Polypes intra-utérins. Curetage abrasif. Chlorure de zinc.

OBSERVATION 4. — *Mme Per...*, 41 ans (6-3-50).

Une métrorragie de sang rouge, sans caillot, assez abondante ayant duré 3 jours. R. A. S. par ailleurs.

T. V. : Utérus gros et dur, basculé en arrière. Polype symptomatique dépassant par le col.

Curetage : Pyométrie. Cavité utérine très déformée (perforation). La curette accroche plusieurs noyaux fibreux. Curetage abrasif.

OBSERVATION 5. — *Mme Ler...*, 52 ans (2-1-51).

Depuis 10 ans, métrorragies importantes, répétées, provoquées par les efforts, avec caillots, s'accompagnant de ménorragie.

Nausées, bouffées de chaleur.

T. V. : Polype du col, annexes non perçues. Utérus en bonne position.

Curetage : Polype cervical et un polype intra-utérin enlevés. Curetage abrasif.

OBSERVATION 6. — *Mme Bat...*, 55 ans (9-5-51).

Il y a 1 mois, petites pertes après 3 mois d'aménorrhée. Depuis 3 semaines, hémorragies à 3 reprises.

T. V. : Polype au niveau du col

Intervention : Ablation d'un polype fibreux accouché par le col, du volume d'une pomme de terre nouvelle. La curette accroche quelques petits noyaux. Curetage abrasif.

OBSERVATION 7. — *Mme Gel...*, 54 ans (12-11-51).

Métrorragies.

Curetage : La curette ramène un polype du volume d'un gros pois.

Débris d'endométrie.

Traitement hormonal.

OBSERVATION 8. — *Mme Bra...*, 40 ans (26-5-52).

Ménorragies depuis 1 an. A l'entrée, les dernières règles se prolongent depuis 1 mois. Bon état général.

T. V. : Col irrégulier, métritique. Gros utérus bosselé, en position intermédiaire, probablement fibromateux.

Curetage : Myomes sur la face postérieure et au niveau du fond. Curetage abrasif.

OBSERVATION 9. — *Mme Bou...*, 46 ans (29-4-53).

Depuis 20 jours, ménorragies abondantes, sans caillot. A signaler goût.

T. V. : Col normal. Utérus augmenté de volume. Culs-de-sac très douloureux.

Curetage : La curette accroche un noyau postérieur. Curetage abrasif.

OBSERVATION 10. — *Mme Bro...*, 40 ans (19-10-53).

Depuis plus de 6 mois, règles abondantes, particulièrement les dernières. Pas de douleurs.

T. V. : Col normal. Utérus rétrofléchi, bosselé, mobile.

Curetage : Sur la face postérieure, un petit myome fait res-saut. On ne peut l'arracher. Curetage abrasif.

Traitement hormonal.

OBSERVATION 11. — *Mme Dur...*, 51 ans (20-1-45).

Après aménorrhée de 1 an, il y a 15 jours, pertes rouges continues.

T. V. : Gros utérus en rétroversion.

Intervention (6-2-45) : *hystérectomie* subtotale.

Pièce : Utérus fibromateux, boursouflé par 4 fibromes. A l'ou-verture, un fibrome sous-muqueux intra-cavitaire.

OBSERVATION 12. — *Mme Gres...*, 50 ans (5-7-49).

Ménorragies depuis 1 mois, perd sans arrêt.

T. V. : Gros utérus fibromateux.

Intervention (16-7-49) : *hystérectomie* subtotale. Ovaire gau-che kystique et adhérent.

Pièce : Polype intra-utérin.

OBSERVATION 13. — *Mme Rib...*, 51 ans (17-2-51).

Depuis 5 ans, ménorragies. Depuis 6 mois, métrorragies très fréquentes, spontanées. Pas de douleur abdominale, pas de trouble de l'état général.

T. V. : Gros col. Utérus augmenté de volume.

Intervention (22-2-51) : *hystérectomie* subtotale.

Pièce : Deux myomes intra-cavitaires du volume d'un œuf de poule.

OBSERVATION 14. — *Mme Rou...*, 50 ans (4-2-52).

Depuis 2 ans, ménorragies, traitées à l'acetostérandryl.

Entre dans le service pour méno-métrorragies.

T. V. : Utérus en bonne position, augmenté de volume, paraissant ramolli. Col fermé. Pas d'annexes perçues.

Curetage explorateur : Myomes multiples intra-utérins.

Intervention (9-2-52) : *hystérectomie* subtotale. Gros utérus fibreux.

Pièce : Myome intra-utérin du volume d'une grosse noix verte.

OBSERVATION 15. — *Mme Rou...*, 48 ans (4-7-52).

Depuis 2 mois, méno-métrorragies, peu abondantes. Traitement hormonal inefficace.

T. V. : Col déformé par un kyste de Naboth. Utérus du volume d'un poing, dur et globuleux (on pense à une tumeur).

Intervention : *hystérectomie* subtotale.

Pièce : Polype intra-cavitaire.

Suites : Hématome (syndrome hémorragipare).

OBSERVATION 16. — *Mme Mall...*, 44 ans (2-8-52).

Signes fonctionnels non précisés.

T. V. : Utérus fibreux du volume d'un poing.

Au spéculum : col entrouvert, petit polype perçu dans l'isthme.

Toucher intra-utérin : Masses polypeuses dures.

Intervention : *hystérectomie* subtotale.

Pièce : Myome intra-cavitaire du volume d'une mandarine.

Histologie : Léio-myome intra-cavitaire.

OBSERVATION 17. — *Mme Perr...*, 60 ans (13-10-52).

Ménopausée à 52 ans. Depuis 5 mois, petites pertes rouges qui augmentent progressivement. Il y a 10 jours, hémorragie importante.

T. V. : Polype fibreux du volume d'une noix verte accouché à travers le col dilaté.

Le 12-10-52, expulsion d'un « caillot » gros comme le poing. Métorrhagies continues.

Intervention (12-10-52) : Polype non retrouvé (expulsé). Très grande cavité utérine. La curette ramène des débris de l'implantation du polype.

Il s'agissait d'un polype fibreux dans une cavité utérine grande et infectée.

OBSERVATION 18. — *Mme Mich...*, 55 ans (16-2-53).

Depuis quelques mois, ménorrhagies abondantes avec tendances lipothymiques. Métorrhagie une seule fois. E. G. bon, un peu d'asthénie.

T. V. : Col normal. Utérus en bonne position, mais augmenté de volume. Annexes non perçues.

Intervention (26-2-53) : *hystérectomie totale*.

Pièce : Utérus de moyen volume. Quelques myomes sous-muqueux. Endométrite simple.

OBSERVATION 19. — *Mme Heu...*, 49 ans (9-3-53).

Depuis 1 an ménorrhagies. Un épisode de métorrhagie.

T. V. : Polype sur le col. Utérus polyfibromateux, du volume de 2 poings. Pas d'annexe perçue.

Intervention (12-3-53) : *hystérectomie subtotal*.

Pièce : Gros fibrome œdémateux faisant saillie dans la cavité utérine.

OBSERVATION 20. — *Mme Pro...*, 53 ans (24-9-53).

Depuis 9 mois, ménorrhagies. Actuellement, les pertes durent depuis trois semaines. Ni douleur, ni leucorrhées. Quelques épisodes de pollakiurie.

T. V. : Col méconnaissable, on ne sent ni lèvres, ni orifice cervical. Utérus augmenté de volume.

Intervention : *hystérectomie subtotal*.

Pièce : Utérus petit avec un petit polype intra-cavitaire.

OBSERVATION 21. — *Mme Cou...*, 47 ans (3-11-53).

Depuis un mois et demi, métorrhagies continuelles avec caillots. Règles irrégulières. Leucorrhées banales. Traitement hormonal inefficace.

T. V. : Fibrome du volume d'un gros poing.

Intervention : *hystérectomie subtotal*.

Pièce : Fibrome sous-muqueux de la grosseur d'un œuf.

OBSERVATION 22. — *Mme Mot...*, 51 ans (5-4-54).

Il y a trois mois, une ménorragie abondante ayant duré huit jours, suivie d'un « épisode grippal » fébrile

Depuis, règles normales. Asthénie, teint subictérique.

T. V. : Utérus fibreux mais fond non perçu.

Curetage (6-4-54) : Polype intra-utérin. Myomectomie intra-utérine. Sort avec traitement médical qui stabilise les hémorragies.

Huit mois après le premier séjour, nouvelles hémorragies nécessitant une nouvelle hospitalisation.

Intervention (3-3-55) : Hystérectomie avec évidemment du col (subtotale totalisée).

OBSERVATION 23. — *Mme All...*, 48 ans (5-5-54).

Ménorragies abondantes (trois semaines sur quatre). Pollakiurie diurne. Amaigrissement.

T. V. : Utérus en rétroversion, gros comme un poing.

Intervention : Hystérectomie subtotale.

Pièce : Nombreux noyaux sous-muqueux. Endométrite.

OBSERVATION 24. — *Mme Mal...*, 53 ans (27-3-55).

Après une aménorrhée de huit mois, brusque hémorragie de sang rouge qui se prolonge dix jours.

Il y a 7 jours, nouvelle hémorragie.

T. V. : Col entrouvert et métritique.

Examen au spéculum : Orifice cervical dilaté. Endo- et exocol indemnes (on pense à un néoplasme ou à un polype intra-cavitaire).

Intervention : *hystérectomie* subtotale.

Pièce : Utérus d'aspect fibromateux.

Polypes intra-cavitaires (Léio-myome).

II - FORME HEMORRAGIQUE GRAVE ENTRAINANT ALTERATION DE L'ETAT GENERAL, ANEMIE CHRONIQUE OU AIGUE, ETC...

Il apparaît que les myomes intra-cavitaires saignent plus abondamment que les autres variétés de fibromes. Alors que la plupart des malades ne se plaignent que de

lassitude, de pâleur, de petites tendances lipothymiques traduisant une anémie subaiguë, d'autres (rares, il est vrai) sont amenées d'urgence à l'hôpital pour une hémorragie très abondante entraînant un état alarmant d'anémie aiguë qui nécessite un traitement médical et chirurgical rapide.

Nous avons groupé ci-dessous 19 observations où l'atteinte de l'état général est au premier plan :

OBSERVATION 25. — *Mme Gir...*, 51 ans (30-3-49).

Méno-métrorragies. Etat général mauvais : amaigrissement, asthénie.

T. V. : Col entrouvert. Gros utérus mobile.

Curetage hémostatique : La curette accroche sur la paroi latérale droite. Curetage abrasif.

OBSERVATION 26. — *Mme Vi...*, 41 ans (10-1-50).

Depuis 2 mois, métrorragies : pertes spontanées, capricieuses, anémiant la malade par leur répétition.

Etat général précaire : pâleur, asthénie, anémie à 2 millions de G. R.

Curetage : La curette ramène des débris muqueux et accroche sur la paroi gauche des zones fibreuses. Curetage abrasif.

Traitement à l'acetostérandryl.

OBSERVATION 27. — *Mme Coc...*, 37 ans (15-11-50).

Depuis 3 mois, métrorragies persistantes avec expulsion de caillots, de plus en plus rapprochées, permanentes depuis un mois. Etat général mauvais.

T. V. : Utérus augmenté de volume, de consistance fibreuse. Col un peu entrouvert.

Curetage : La curette accroche de nombreux noyaux fibreux. Endométrite végétante. Curetage abrasif et chlorure de zinc dans un but hémostatique (en raison de l'état général de la malade). On fera une hystérectomie, si le traitement hormonal envisagé est inefficace.

OBSERVATION 28. — *Mme Bou...*, 52 ans (5-10-51).

Depuis un an, ménorragies et douleurs lombaires.

Il y a 8 jours, hémorragie brutale qui cède au bout de

2 jours, puis reprend avec trois syncopes. La malade est envoyée au Service de Porté, où l'on fait une transfusion, vu l'état d'anémie aiguë.

A l'entrée : Polype en voie d'accouchement par le col, polype qui tombe au moment du T. V. Col dilaté, utérus un peu gros.

Curetage : Cavité très déformée avec des noyaux fibreux que la curette accroche à droite et en arrière. Curetage abrasif. Traitement hormonal.

Six mois après, quelques pertes rouges. Une intervention radicale est conseillée.

OBSERVATION 29. — *Mme Rou...*, 44 ans (2-1-54).

Depuis un an, ménorragies. Traitement hormonal en cours depuis un mois.

A l'entrée : métrorragies, coliques utérines ayant entraîné une hospitalisation d'urgence.

T. V. : Col entrouvert, ramolli, laissant percevoir une formation endo-utérine rénitente. On pense à la coexistence de grossesse et fibromatose.

Curetage : On extirpe un gros polype fibreux du volume d'une banane ramassée sur elle-même.

OBSERVATION 30. — *Mme Ver...* (27-4-54).

Il y a 2 jours, pertes rouges minimales. Le lendemain, métrorragie très abondante, nécessitant un curetage d'urgence. Etat général bon. Pas de douleurs.

T. V. : Col fermé. Aspect d'utérus gravide.

Curetage d'urgence : A droite, la curette accroche un myome intra-cavitaire, du volume d'une balie, qu'on arrive à extraire. Curetage abrasif.

OBSERVATION 31. — *Mme Dor...* (4-1-55).

Depuis quelques jours, hémorragies abondantes entraînant pâleur et décoloration des muqueuses.

T. V. : Utérus augmenté de volume de façon régulière.

Curetage : Ablation de deux petits polypes intra-utérins (fibromyome).

OBSERVATION 32. — *Mme Des...* (10-7-54).

Petit fibrome découvert il y a 4 ans.

Depuis 6 mois, pertes rouges continues. Depuis 8 jours, métrorragies avec caillots. L'abondance des hémorragies nécessite une hospitalisation d'urgence.

T. V. : Col en position intermédiaire. Utérus non perçu (en rétroflexion).

Curetage : Après dilatation du col, fait issue un polype gros comme une noix dont on pratique l'ablation. Curetage abrasif.

OBSERVATION 33. — *Mlle Mej...*, 38 ans (22-12-46).

Depuis un an et demi, ménorragies. Actuellement métrorragies abondantes entraînant affaiblissement et anémie.

Curetage explorateur : On sent un gros myome intra-cavitaire du volume d'une noix. Hémostase par curiethérapie en raison de l'âge et de l'anémie.

Les hémorragies continuent.

Intervention (10-2-47) :

Kyste de l'ovaire gauche inflammatoire. Utérus fibromateux avec noyaux multiples, dont un au niveau de l'isthme..

Hystérectomie juxta-totale.

Pièce : Gros polype fibreux de l'isthme dilatant le col.

OBSERVATION 34. — *Mme Dup...*, 50 ans (11-12-48).

Depuis huit ans, douleurs lombo-abdominales survenant au début des règles. Pollakiurie, dysurie. Depuis sept mois métrorragies continues s'interrompant huit jours, relativement abondantes entraînant lassitude et anémie. En même temps, hydroménorrhée continue. Pesanteur lombo-pelvienne.

Il y a deux jours, hémorragies d'une grande abondance avec trois syncopes.

T. V. : Par le col, en voie de dilatation, on perçoit des formations endo-utérines. Utérus très volumineux, remontant jusqu'à l'ombilic.

Intervention : Gros fibromes utérins. Hystérectomie juxta-totale à travers le col dilaté par un polype fibreux du volume d'une noix verte.

Pièce : Cavité dilatée par l'énorme polype fibreux et par de nombreux polypes muqueux.

Gros myome postérieur en dégénérescence kystique.

OBSERVATION 35. — *Mme Sor...*, 42 ans (19-9-49).

Depuis trois ans, ménorragies ayant régressé un peu avec un traitement hormonal. Constipation, dysurie, pollakiurie. Anémie à 3 millions. Température.

Intervention : (29-9-49). *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Enorme fibrome intra-cavitaire du volume d'une tête d'enfant. « expliquant la température et les hémorragies ».

Suites opératoires : Température jusqu'au cinquième jour.

OBSERVATION 36. — *Mme Neg...*, 43 ans (4-1-50).

Depuis quatorze mois, ménorragies et parfois métrorragies quinze jours après les règles. A l'entrée pertes avec caillot. Douleurs lombaires. Fatigue générale, pâleur. Anémie à deux millions de G. R.

T. V. : Utérus fibromateux ménopausique, en rétroversion, fixé.

Intervention : Hystérectomie subtotale.

Pièce : — Petit myome sous-péritonéal.

— Gros myome intra-cavitaire.

OBSERVATION 37. — *Mme Red...*, 43 ans (7-1-50).

Depuis quatre ans, ménorragies. Depuis un mois, métrorragie de sang rouge avec caillots. Pas de douleurs.

Etat général très atteint : pâleur intense, asthénie, anorexie. Température à 38°. Anémie à deux millions de G. R.

T. V. : Utérus fibromateux à noyaux multiples du volume de deux poings. Col ramolli et entrouvert.

Intervention : Hystérectomie subtotale.

Pièce : — Noyau antérieur isthmique.

— Polype du fond utérin gros comme une noisette.

OBSERVATION 38. — *Mme Bel...*, 48 ans (20-1-50).

Depuis deux ans ménorragies.

Depuis trois semaines, métrorragies de sang rouge.

Baisse de l'état général : asthénie, pâleur.

T. V. : Gros utérus fibromateux mobile. Annexes non perçues.

Intervention : Hystérectomie subtotale.

Pièce : Gros noyau de fibrome intra-cavitaire.

OBSERVATION 39. — *Mme The...*, 47 ans (21-8-50).

Ménorragies. Il y a deux mois une hémorragie grave.

Un traitement hormonal diminue les hémorragies. Malade pâle, asthénique, anorexique.

T. V. : Col normal. Utérus un peu rétroversé de consistance fibromateuse.

Curelage : (5-10-50). Deux myomes du volume d'une cerise.

Cautérisation, chlorure de zinc.

Nouveau séjour : (12-2-53).

Pas de ménorragie jusqu'en juin 52. Arrêt des règles, puis, hémorragies abondantes avec douleurs abdominales à type de coliques.

Asthénie, anémie.

T. V. : Col ouvert. Utérus fibreux, ramolli avec fibrome intra-cavitaire à peu près certain.

Intervention : (7-3-53).

Hystérectomie subtotala.

Pièce : Utérus petit, gros polype du volume d'une amande plongé dans le col.

Suites : Episode occlusif nécessitant une réintervention le 14-3-53, anses dilatées. Adhérences libérées.

OBSERVATION 40. — *Mme Bar...*, 40 ans (2-1-51).

Depuis deux mois, ménorragies avec caillots. Par deux fois métrorragies.

Etat général troublé : asthénie, bouffées de chaleurs, vertiges, céphalées, amaigrissement. Pas de fièvre.

T. V. : Col normal. Utérus en bonne position, annexes non perçues.

Curetage explorateur : Polype du volume d'une noisette mobile sur un pédicule large dont on ne peut faire l'exérèse et qu'on cautérise au chlorure de zinc.

Intervention : (22-3-51). Hystérectomie subtotala.

Pièce : Polype du volume d'une noix, implanté sur le fond. En regard du volume du polype, l'utérus est petit.

OBSERVATION 41. — *Mme Dus...*, 31 ans (31-1-51).

Depuis une myomectomie en 1949, ménorragies et légères douleurs diffuses dans tout l'abdomen. Puis métrorragies spontanées, sans cause déclanchante, de sang rouge, abondantes.

Grosse altération de l'état général : anémie marquée, soif, extrémités froides, tension abaissée de 13 à 9, asthénie.

Examen abdominal : masse sus-pubienne élastique du volume d'une tête de fœtus dont la palpation exagère les pertes.

T. V. : Gros col, gros utérus.

Intervention : Hystérectomie subtotala.

Pièce : Gros fibrome intra-cavitaire du volume d'une orange avec de multiples petits myomes pariétaux.

OBSERVATION 42. — *Mme Cor...*, 48 ans (18-6-51).

Il y a un an, pollakiurie avec mictions impérieuses.

Une hémorragie abondante pendant 28 jours améliorée par un traitement hormonal. Quelques petites métrorragies apparaissant à la fatigue.

Il y a sept mois, lassitude, anémie ayant nécessité un traitement médical.

T. V. : Fibrome à noyaux multiples.

Intervention : Hystérectomie subtotale.

Pièce : — Noyaux multiples sous-péritonéaux, intra-pariétaux.

— Un gros noyau intra-cavitaire.

OBSERVATION 43. — *Mme Bay...*, 51 ans (1-6-54).

Fibrome découvert il y a 4 ans. Traitement hormonal inefficace.

Après 2 mois d'aménorrhée, méno-métrorragies pendant un mois, entraînant de la lassitude, une baisse de tension artérielle.

T. V. : Fibrome de la grosseur d'un poing.

Intervention : Sang dans le ventre. Hystérectomie subtotale.

Pièce : Gros fibrome sous-muqueux, de la grosseur d'un œuf de poule.

III - FORME HÉMORRAGIQUE AVEC DOULEURS LOMBO-ABDOMINALES

La douleur abdominale à irradiation lombaire est un symptôme qui semble très fréquent, puisqu'il en est fait mention dans 44 observations.

Il s'agit le plus souvent de sensation de pesanteur dans le bas-ventre, continuelle, exacerbée parfois au moment des règles, avec ou sans irradiation dans les membres inférieurs et dans la région lombaire.

Nous avons rassemblé ci-après 20 observations dans lesquelles les douleurs lombo-abdominales semblent, avec les hémorragies, dominer la scène :

OBSERVATION 44. — *Mme For...*, 35 ans (11-12-51).

Depuis plusieurs années, crises douloureuses dans le bas-ventre, douleur médiane, durant 2 ou 3 jours avec légère température. Depuis dix mois, méno-métrorragies.

Depuis un mois, exacerbation des douleurs pelviennes, irradiées dans les lombes.

T. V. : Col entrouvert. Utérus un peu gros.

Curetage : La curette ramène un polype fibreux, dur, sous-muqueux.

OBSERVATION 45. — *Mme Cha...*, 44 ans (13-4-52).

Méno-métrorragies de plus en plus abondantes et fréquentes devenant presque continuelles, avec caillots.

Douleurs abdominales prédominant à droite.

T. V. : Utérus fibromateux, de volume normal, en bonne position. Pas d'annexe perçue.

Curetage : Utérus fibromateux. Petit myome intra-cavitaire dans la corne gauche. Curetage abrasif.

OBSERVATION 46. — *Mme Fan...*, 35 ans (4-12-53).

Métrorragies depuis un an survenant surtout à l'effort.

Douleurs abdominales et lombaires.

T. V. : Utérus subnormal.

Curetage : Débris muqueux. La curette accroche un noyau sous-muqueux au niveau du fond. Curetage abrasif.

Endométrite.

OBSERVATION 47. — *Mme Fev...*, 36 ans (15-6-49).

Depuis 5 ans, ménorragies, accrues depuis un an, avec douleurs dans le bas-ventre et la région lombo-sacrée, à type de pesanteur.

Echec du traitement hormonal.

T. V. : Très gros utérus fibromateux, remontant à un travers et demi de main au-dessus de la symphyse pubienne, avec plusieurs noyaux fibromateux prédominant à droite.

Intervention : Libération de deux annexites adhérentes.

Hystérectomie subtotale.

Pièce : Polype fibreux infecté faisant saillie dans la cavité utérine.

Deux pyo-salpinx.

OBSERVATION 48. — *Mme Gar...*, 43 ans (21-2-50).

Depuis un an, douleurs sourdes abdominales basses et lombo-sacrées, après station debout.

Ménorragies très abondantes, de sang rouge, avec caillots. Echec d'un traitement hormonal.

T. V. : Gros utérus fibromateux.

Intervention : Hystérectomie subtotale. Utérus gros et mou, flanqué de deux myomes et d'un myome intra-cavitaire.

OBSERVATION 49. — *Mme Bla...*, 47 ans (5-6-50).

Depuis dix ans, ménorragies ; actuellement, pas de pertes, mais dysurie, et douleurs dans le bas-ventre.

T. V : Col en position intermédiaire. Utérus fibromateux du volume de 2 gros poings. à développement surtout antérieur gauche.

Intervention : Hystérectomie subtotale. Gros fibrome intra-cavitaire enclavé dans le bassin.

OBSERVATION 50. — *Mme Che...*, 40 ans (21-1-52).

Depuis 3 ans, ménorragies, malgré un traitement hormonal.

Depuis 2 ans surtout, ménorragies abondantes, de sang rouge avec caillots

— Douleurs abdominales basses et lombaires continues, irradiées dans les membres inférieurs.

— Pollakiurie diurne.

Bon état général.

T. V. : Enorme utérus bosselé, du volume d'une tête humaine.

Intervention : Utérus fibromateux, kyste hématique de l'ovaire droit. Hystérectomie subtotale, avec conservation de l'annexe gauche.

Pièce : — Noyau sous-péritonéal du fond, du volume d'une orange.

— Noyau du volume d'une cerise, sous-muqueux.

— Endométrite végétante.

OBSERVATION 51. — *Mme Mou...*, 46 ans (25-6-52).

Depuis 5 ans, douleurs abdominales basses, d'irradiation crurale, continues, à type de pesanteur.

Quelques troubles urinaires : pollakiurie, brûlures. Un traitement hormonal amène une sédation appréciable des douleurs.

Depuis 4 mois, augmentation rapide du volume de l'abdomen, avec :

— Troubles urinaires : Pollakiurie surtout nocturne.

— Un peu de constipation.

— Pesanteur pelvienne avec irradiations dans les membres inférieurs et la région lombo-sacrée.

Il y a 10 jours, petite métrorragie ayant duré 1 semaine.

Examen : Volumineuse masse abdominale remontant au-dessus de l'ombilic.

T. V. : Col entrouvert. Les mouvements imprimés à la tumeur n'étant pas perçus par le doigt vaginal, on pense à une tumeur ovarienne.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale. Gros kyste de l'ovaire droit (tumeur végétante de l'ovaire).

Pièce : Utérus nettement augmenté de volume avec cavité agrandie contenant deux polypes dans la corne utérine droite et un noyau fibreux dans le fond.

OBSERVATION 52. — Mme Gri..., 52 ans (27-10-52).

Il y a un an et demi, douleurs lombaires. Il y a 3 mois, épisode de rétention urinaire.

Il y a un mois, petite métrorragie ayant duré 3 jours.

Douleurs lombo-abdominales surtout marquées du côté droit.

T. V. : Col mou. Utérus augmenté de volume, en rétro-version, mobile. Annexes non perçues.

Intervention : Utérus mou du volume d'un poing (on pense à un cancer). *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Lésions d'endométrite. Un petit polype intra-cavitaire.

OBSERVATION 53. — Mme Sca..., 50 ans (10-2-53).

Méno-métrorragies.

Douleurs à type de pesanteur pelvienne et lombo-sacrée à irradiations descendantes.

Amaigrissement avec asthénie, nausées, teint plus pâle de temps en temps.

T. V. : Utérus bosselé, par des fibromes, dont un noyau antérieur du volume d'une mandarine.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Gros myome sous-péritonéal, un myome isthmique plus petit.

— Cavité utérine petite avec deux petits myomes sous-muqueux, « expliquant le syndromé hémorragique ».

— Kyste tubo-ovarien rempli de sang.

OBSERVATION 54. — *Mme Tro...* (25-2-53).

Depuis 20 ans, deux fois par an, épisodes de méno-métrorragies d'une durée d'une quinzaine de jours, plus abondantes récemment (sang rouge avec caillots).

Pesanteur dans le bas-ventre. Bon état général.

T. V. : Gros fibrome antérieur du volume d'un poing.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Fibrome intra-cavitaire à développement antérieur, du volume d'une orange, nécrobiotique.

Ovaire droit kystique.

OBSERVATION 55. — *Mme Mar...*, 50 ans (16-9-53).

Depuis neuf mois, ménorragies d'environ 20 jours, avec parfois de petites métrorragies.

Douleurs lombo-abdominales continues, à type de pesanteur, exacerbées au moment des pertes.

Douleurs intermittentes dans la jambe gauche. Pollakiurie.

T. V. : Col effacé, difficile à atteindre. Utérus globuleux, en antéversion.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale basse.

Pièce : Utérus du volume d'une orange, contenant un myome sous-muqueux du volume d'une noix sèche.

OBSERVATION 56. — *Mme Char...*, 53 ans (23-10-53).

Depuis 6 ans, règles très abondantes avec caillots.

Actuellement :

— ménorragies depuis 15 jours.

— douleurs lombaires.

— quelques pertes blanches récentes.

— anémie à 3 millions de G. R.

T. V. : Utérus énorme, remontant presque jusqu'à l'ombilic.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Cavité utérine extrêmement déformée par trois noyaux fibromateux.

OBSERVATION 57. — *Mme Laf...*, 47 ans (9-11-53).

Depuis un an, ménorragies avec caillots.

Actuellement, méno-métrorragies peu abondantes, mais continues augmentant un peu les derniers temps. Peu de leucorrhées.

Douleurs lombo-abdominales.

Pollakiurie.

Amaigrissement récent.

T. V. : Col entrouvert (polypes intra-cervicaux vus au spéculum). Utérus du volume de 2 poings, très mobile.

Intervention *Hystérectomie subtotal.*

Pièce : Myome intra-cavitaire gros comme une mandarine, en voie de sphacèle.

OBSERVATION 58. — *Mme Kry...*, 53 ans (23-2-54).

Depuis 3 ans, métrorragies survenant 3 ou 4 jours après les règles (pertes rosées).

Douleurs dans les régions lombaires et pelviennes, surtout du côté gauche, marquées en station debout.

T. V. : Utérus mou, banal. Fond utérin impossible à apprécier.

Intervention : *Hystérectomie subtotal.*

Double annexite qui « semble tuberculeuse » (granulations à gauche). Utérus fibromateux : myome indépendant du volume d'une noix, myome postérieur dans le Douglas.

Pièce : Polype intra-cavitaire mou.

OBSERVATION 59. — *Mme Pei...*, 45 ans (17-6-54).

Dans les antécédents, atteinte tuberculeuse pleuro-péritonéale avec lésions annexielles bilatérales.

Depuis 3 ans, ménorragies rebelles au traitement hormonal.

Douleurs pelviennes bilatérales et lombaires.

T. V. : Utérus gros et dur, en position intermédiaire. Annexite kystique à droite du volume d'une petite mandarine.

Intervention : *Hystérectomie subtotal.*

— Pelvipéritonite plastique.

— Deux annexites adhérentes (ovarite kystique à gauche).

Pièce : Paroi utérine épaissie et fibreuse.

Noyau pédiculé intra-cavitaire du volume d'une noix sèche.

OBSERVATION 60. — *Mme Rutk...*, 40 ans (18-8-54).

Depuis un an, ménorragies avec douleurs. Pas d'amélioration au traitement hormonal.

Actuellement, ménorragies douloureuses avec pesanteur en décubitus latéral droit. Pas de pertes blanches.

T. V. : Col entrouvert et ramolli. Utérus gros du volume d'un poing.

Utérus gravide possible.

Exploration endo-utérine : Très grande cavité lisse.

Intervention : *Hystérectomie subtotal*, avec conservation de l'annexe gauche.

Pièce : Myome intra-cavitaire par son pôle interne, bombant en sous-séreux par son pôle externe.

OBSERVATION 61. — *Mme Bar...*, 46 ans (21-9-54).

Depuis 10 ans, métrorragies et leucorrhées peu abondantes survenant après les règles.

Il y a 2 mois, à l'occasion d'un examen motivé par des douleurs abdominales, on découvre un fibrome.

T. V. : Col normal. Utérus du volume de 2 poings.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Gros myome intra-utérin. Utérus rempli de myomes dont l'un en nécrobiose.

OBSERVATION 62. — *Mme Pal...*, 44 ans (25-1-55).

Il y a un an, métrorragies et douleurs lombaires. Traitement hormonal efficace.

Depuis 15 jours, réapparition des douleurs lombaires.

L'examen des reins et de la colonne vertébrale est négatif.

T. V. : Col normal. Culs-de-sac vaginaux normaux. Utérus fibreux du volume d'un poing, légèrement sensible.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Myome sous-muqueux au niveau de l'isthme. Kyste de l'ovaire droit.

OBSERVATION 63. — *Mme Pia...*, 48 ans (28-3-55).

Utérus fibromateux connu de longue date (1936).

Depuis 2 à 3 ans :

— ménorragies

— pollakiurie et dysurie.

— lombalgies

T. V. : Fibrome de la taille d'une grosse orange. Grosse masse annexielle kystique à droite.

Intervention : *hystérectomie* subtotale.

Pièce : Utérus fibromateux présentant :

— au fond une plage d'endométrite hémorragique.

— dans la paroi gauche un myome sous-muqueux du volume d'une cerise.

— kyste dermoïde de l'ovaire.

IV - FORME HEMORRAGIQUE AVEC COLIQUES UTERINES

Quatorze des malades vues dans le service du Docteur Labry pour fibro-myome intra-cavitaire, soit 12 %

des cas, se plaignaient de douleurs expulsives au niveau du bas-ventre, douleurs décrites sous le nom de « coliques utérines ». Ce symptôme fonctionnel est assez caractéristique des myomes intra-cavitaires pour y faire penser.

Il s'agit de crises douloureuses abdominales ou lombosacrées, soit intermittentes, soit continues avec des paroxysmes.

Ci-dessous le résumé de 8 observations où mention est faite de « coliques utérines » :

OBSERVATION 64. -- *Mme Dus...*, 29 ans (27-11-50).

Depuis 10 jours, syndrome douloureux dans le bas-ventre avec irradiations lombaires. Pertes rouges abondantes entre les règles.

Les douleurs augmentent d'intensité avec paroxysmes.

T. V. : Utérus gros et mou en bonne position. Col normal. Annexes non perçues.

Curetage : Endométrite banale. La curette accroche au niveau de la corne droite un noyau fibreux certain. Curetage abrasif.

Mercurochrome intra-utérin.

OBSERVATION 65. — *Mme Sal...*, 55 ans (20-4-49).

Après la ménopause, pertes de sang rouge sans caillot, hémorragies discontinues, accompagnées d'une légère colique.

T. V. : Utérus fibromateux.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Nombreux noyaux dont plusieurs intra-cavifaires, « responsables des hémorragies ».

OBSERVATION 66. — *Mme Tis...*, 44 ans (16-1-51).

Ménorragies avec caillots.

Métrorragies très fréquentes, spontanées ou déclanchées par la fatigue ou les efforts. Ces métrorragies de sang noir, très fétides, avec de nombreux caillots durent 2 à 3 jours. Hémorragies après les rapports.

Leucorrhées. Altération de l'état général.

Apparition récente de douleurs dans la région sus-pubienne gauche : douleurs permanentes, sans paroxysmes, à type de coliques utérines.

Traitement hormonal inefficace.

T. V. : Col légèrement entrouvert.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Polype intra-utérin de la corne droite.

OBSERVATION 67. — *Mme Mec...*, 44 ans (28-5-51).

Depuis 4 ou 5 ans, règles très douloureuses : douleurs à type de coliques (surtout à droite), survenant avant et pendant les règles affectant le type de ménorragies. Quelques jours avant les règles, mictions impérieuses, pollakiurie.

Il y a un an, hémorragies abondantes avec malaises, vertiges, anémie.

A l'entrée, état général meilleur, hémorragies abondantes.

Dernières règles particulièrement douloureuses.

T. V. : Gros fibrome à noyau antérieur.

Intervention : Fibrome bloqué dans le pelvis avec annexites adhérentes. *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Deux myomes intra-cavitaires, un myome intramural.

OBSERVATION 68. — *Mme Dur...*, 39 ans (2-5-52).

Ménorragies avec caillots et douleurs dans le bas-ventre à type de coliques.

Pollakiurie diurne.

Coliques violentes, ayant provoqué à 15 jours d'intervalle, 2 syncopes.

Etat général : Lassitude, pâleur, muqueuses décolorées.

T. V. : Col ramolli, entrouvert. Utérus volumineux.

T. V. 5 jours après : Col refermé.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Myome intra-cavitaire du volume d'une orange.

OBSERVATION 69. — *Mme Dup...*, 46 ans (2-10-52).

Depuis dix ans, ménorragies.

Il y a 2 mois, un curetage pour fausse-couche montre un utérus fibromateux.

Il y a 15 jours, métrorragie importante avec caillots. Coliques utérines.

Traitement hormonal inefficace.

Malade pâle et asthénique.

T. V. : Col entrouvert. Utérus augmenté de volume.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Myome du fond du volume d'une noix verte. Très épaisse endémétrite.

OBSERVATION 70. — *Mme Lan...*, 48 ans (4-1-52 — exitus le 15-11-52).

Depuis 4 ans, règles plus, hémorragiques.

Il y a 6 mois, métrorragie très abondante. Traitement hormonal inefficace. Une hystérogaphie pratiquée hors du service aurait montré un myome intra-cavitaire.

Ménorragies avec douleurs expulsives au moment des règles.

Il y a 3 mois, nouvelle métrorragie. Avec un traitement hormonal, les règles deviennent moins abondantes.

T. V. : Col légèrement entrouvert. Utérus très augmenté de volume.

Le 7-12-52, hystérogaphie : gros noyau intra-cavitaire.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale. Annexite gauche adhérente.

Pièce : Utérus du volume d'un poing. Myome bosselé intra-cavitaire, implanté largement au niveau de la corne et du fond utérin du côté droit.

Le 15-11-52, syndrome occlusif et défaillance cardiaque. Décès.

OBSERVATION 71. — *Mme Sal...*, 49 ans (6-5-53).

Métrorragies plus fortes depuis 6 mois.

Depuis 15 jours, ménorragie sans arrêt.

Douleurs pelviennes et lombo-sacrées à type de coliques de temps en temps.

Température à 37°5. Etat général bon.

T. V. : Sur la face antérieure du corps utérin, noyau dur, prédominant à droite.

Curetage (12-6-54) : Ablation d'un myome du volume d'une noisette.

Nouvelle hospitalisation motivée par des ménométrorragies persistantes entraînant de la pâleur.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale (26-12-53).

Pièce : Myome intra-cavitaire.

V - FORME HEMORRAGIQUE AVEC SIGNES D'INFECTION

Nous n'avons pas trouvé de phénomènes graves d'infection aiguë, comme on a coutume de les évoquer quand

on étudie les myomes intra-cavitaires. Nous n'avons trouvé que :

— 5 polypes en nécrobiose,

— 4 polypes sphacelés,

— 3 polypes infectés,

sans que le tableau clinique ne traduise des lésions locales aussi avancées :

— Dans 2 cas seulement est signalée, à l'examen clinique, une petite réaction péritonéale avec fièvre.

— Dans 3 cas, à l'intervention, on a trouvé une pelvi-péritonite plastique.

Néanmoins les protocoles d'opération nous permettent d'isoler :

— 10 cas d'annexites adhérentes,

— 2 hydrosalpinx,

— 3 pyosalpinx.

Ces quelques chiffres montrent la fréquence des lésions annexielles, souvent méconnues car torpides.

A côté des formes affectant un certain caractère de gravité, nous avons rassemblé 22 observations de malades chez lesquelles l'infection ne se manifeste que par des *leucorrhées*, signe fréquent dans les myomes intra-cavitaires, puisque nous en avons isolé 30 cas, soit 25 %.

OBSERVATION 72. — *Mme Ri...*, 62 ans (10-6-49).

Depuis la ménopause, il y a 7 ans, pertes blanches et depuis une huitaine de jours, des pertes rosées. Intervention pour cystocèle il y a 5 ans. N'a pas accepté une deuxième intervention.

T. V. + examen au spéculum : Prolapsus utérin avec cystocèle et rectocèle. Utérus fibromateux.

Curetage : Cavité utérine très grande avec noyau fibromateux intra-cavitaire. Curetage abrasif. Hystérectomie à pratiquer secondairement.

OBSERVATION 73. — *Mme Ban...*, 56 ans (12-9-50).

Depuis 6 mois abondantes pertes fétides avec température à 37°8. Douleurs lombaires parfois. Parfois quelques filets de sang parmi les leucorrhées.

T. V. : Col effacé. Le fond utérin n'est pas perçu, ni les annexes.

Curetage : Cavité courte et très anfractueuse : Myomes multiples. Curetage abrasif.

OBSERVATION 74. — *Mme Ma...*, 51 ans (11-4-51).

Il y a un an, pertes roses au moment des rapports.

Il y a 2 mois, métrorragies.

T. V. : Utérus fibreux. On perçoit un polype faisant saillie à travers le col.

Curetage : Destruction d'un polype endo-utérin. Endométrite végétante dans un utérus fibromateux. Curetage abrasif.

OBSERVATION 75. — *Mme Cu...*, 53 ans (16-7-52).

Depuis 6 mois, pertes rosées succédant à des pertes blanches abondantes, fétides. Amaigrissement.

T. V. : Col distendu par une masse (polype) infra-cervicale.

Curetage : Polypes remontés dans l'utérus. La curette ramène de petits polypes dans un utérus petit et fibreux.

OBSERVATION 76. — *Mme Rou...*, 58 ans (20-7-52).

Depuis 2 ans, petites pertes rouges, mais également plus ou moins purulentes.

T. V. : Cystocèle. Polype cervical long, pédiculé. Utérus de volume normal.

Intervention : Ablation d'un polype largement inséré sur l'isthme. Opération périnéale par ailleurs.

OBSERVATION 77. — *Mme Thu...*, 45 ans (16-7-52).

Leucorrhées abondantes, fétides.

Métrorragie importante à 2 reprises.

Douleurs lombaires.

T. V. : Utérus augmenté de volume. Orifice du col légèrement entrouvert.

Curetage : Ablation d'un polype musculaire gros comme une amande.

OBSERVATION 78. — *Mme Tra...*, 47 ans (17-10-52).

Depuis 6 mois, ménorragies et pertes blanches abondantes.

Douleurs accentuées au moment des règles, pas de crise de colique expulsive. Température à 38°5.

T. V. : Polype muqueux s'accouchant par le col. Utérus fibromateux.

Curetage : Ablation d'un polype muqueux au niveau de l'isthme. Cavité déformée avec noyaux fibreux. Curetage abrasif. Traitement hormonal.

OBSERVATION 79. — *Mme Poc...*, 51 ans (2-2-53).

Leucorrhées mêlées d'un peu de sang.

Métrorragies.

Douleurs abdominales à droite.

Intervention : La curette accroche de nombreuses formations fibreuses sans que l'on puisse ramener un polype.

Curetage abrasif. Chlorure de zinc à titre hémostatique.

OBSERVATION 80. — *Mme Fav...*, 36 ans (9-3-53).

Métrorragies de sang rouge, assez abondantes, accompagnées de douleurs abdominales bilatérales.

Pertes blanches abondantes.

T. V. : Col mou, non ouvert. Utérus mobile, gros, mou. Annexe droite perçue.

Intervention : La curette accroche des noyaux fibreux, très durs, disséminés. Endométrite. Curetage abrasif.

OBSERVATION 81. — *Mme Bar...*, 29 ans (17-3-53).

Depuis 8 à 9 mois, ménométrorragies rebelles au traitement hormonal. Perd pendant 20 jours par mois. Les rapports et la toilette font saigner.

Pertes blanches abondantes. Asthénie.

T. V. : Col en mauvais état. Utérus fibreux, un peu gros. Pas d'annexe perçue.

Intervention : La curette accroche un noyau fibreux du côté droit. Gros débris d'endométrite. Kyste de Naboth sur le col. Curetage abrasif.

OBSERVATION 82. — *Mme Vit...*, 47 ans (26-8-55).

Il y a 11 ans, traitée avec succès pour ménorragies.

Il y a 3 mois, hémorragie abondante pendant 15 jours, suivie d'un écoulement sanglant irrégulier, alternant avec des pertes jaunes nauséabondes.

Il y a 15 jours, ablation de petits polypes muqueux. Après un petit arrêt les pertes reprennent.

Asthénie importante.

T. V. : Col mou par endroits, irrégulier. Utérus du volume d'un gros poing, en antéverson. Douleurs à droite. Pas d'annexe perçue.

Intervention : Curetage abrasif qui ramène un myome pédiculé gros comme une dragée.

OBSERVATION 83. — *Mme Per...*, 58 ans (25-7-49).

Depuis 1 mois, hémorragies postménopausiques assez abondantes.

Douleurs au niveau des annexes.

Température à 38°5.

T. V. : Col entrouvert.

Examen abdominal : Petite réaction péritonéale.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Volumineux polype sous-muqueux d'aspect nécrotique.

OBSERVATION 84. — *Mme Tou...*, 31 ans (27-8-49).

Deux méno-métrorragies, très abondantes, de sang rouge, survenues à un mois d'intervalle. Ces hémorragies ne sont accompagnées d'aucune douleur, ni perte blanche.

T. V. : Col normal. Le corps utérin est le siège d'une masse allongée du volume d'une petite aubergine, dure, peu douloureuse.

Annexes non perçues.

Intervention : Ablation d'un très volumineux myome à la fois extra et intra-cavitaire.

Salpingo-ovarite droite avec hydrosalpinx.

Devant des dégâts anatomiques, on se voit dans l'obligation de pratiquer, malgré l'âge de la malade, une *hystérectomie subtotale*.

OBSERVATION 85. — *Mme Civ...*, 57 ans (15-12-49).

Durant toute la période de sa vie génitale, métrorragies et pertes purulentes.

Deux ans après la ménopause, réapparition de pertes brunes et en même temps de pertes fétides, jaunâtres.

Depuis peu, apparition de métrorragies très abondantes, de sang rouge, jamais provoquées.

T. V. : Col un peu dur, atrophié. Corps utérin augmenté de volume, globuleux. Annexes non perçues.

Intervention : *Hystérectomie* juxta-totale. Deux annexites adhérentes libérées du fond du Douglas.

Pièce : Gros polype fibreux intra-cavitaire.

OBSERVATION 86. — *Mme Dor...*, 43 ans (20-2-50).

Il y a 9 ans, un polype sphacélé.

Depuis 6 mois :

— ménorragies,

— douleurs hypogastriques continues avec de petites crises plus aiguës, lombaires, à type de coliques utérines,
— baisse de l'état général : pâleur, anémie.

Depuis 4 jours, température à 38°5.

Dysurie récente, pollakiurie.

T. V. : Col dur, ouvert. Utérus de la grosseur de deux poings.

Intervention : Pelvipéritonite adhésive. Deux annexites très adhérentes. Ovaire kystique, pyosalpinx gauche.

Hystérectomie subtotale.

Pièce : Un gros polype intra-cavitaire.

OBSERVATION 87. — *Mme Sor...*, 40 ans (16-6-50).

Depuis 3 mois, pertes abondantes de sang rouge, continues, mêlées à des pertes leucorrhéiques.

Douleurs dans la région lombaire et dans les jambes.

Pâleur.

T. V. : Utérus gros comme 2 poings, mou. Col un peu entrouvert. S'agit-il d'un fibrome, d'une rétention ou d'une grossesse ?

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Gros myome intra-cavitaire du volume d'une grosse noix verte

OBSERVATION 88. — *Mme Gou...*, 51 ans (16-5-51).

Depuis 6 mois, méno-métrorragies abondantes.

Beaucoup de pertes jaunâtres, fétides.

Douleurs lombaires surtout à la fatigue.

Asthénie, anémie.

T. V. : Gros utérus fibromateux du volume de deux poings.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Gros fibrome antérieur et deux polypes fibreux dans la cavité utérine. Ovaire scléreux.

OBSERVATION 89. — *Mme Mil...*, 46 ans (5-8-51).

Depuis le dernier de 6 accouchements, il y a 6 ans, pertes blanches très abondantes (Hydorrhée).

Depuis 3 ans, règles plus abondantes, non prolongées. Parfois petites métrorragies.

T. V. : Utérus un peu gros, fibromateux. Col normal. Annexes non percues.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Gros fibrome intra-cavitaire inséré sur un mince pédicule sur la face antérieure.

OBSERVATION 90. — *Mme Ber...*, 47 ans (9-7-52).

Méno-métrorragies. Traitement hormonal inefficace.

Pertes blanches.

Pâleur accrue récemment.

T. V. : Utérus gros, basculé en arrière. Col un peu entrouvert.

On pense à un myome intra-cavitaire ou à un épithélioma.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Pas de cancer ; col fibreux. Adénomyome dans la cavité utérine.

OBSERVATION 91. — *Mme Töl...*, 47 ans (17-7-52).

Depuis 2 ans, métrorragies importantes et leucorrhées. Un traitement hormonal donne une amélioration pendant un an.

Depuis 6 mois, ménorragies.

Depuis 6 semaines, métrorragies constantes, rebelles, de plus en plus importantes.

T. V. : Col mou, irrégulier, entrouvert. Polype intra-cervical.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Petit myome sessile, du volume d'une cerise, dans le fond de la cavité corporeale.

OBSERVATION 92. — *Mme Wa...*, 60 ans (10-2-54).

Depuis un accouchement en 1918, douleur pelvienne droite qui n'a jamais totalement cessé, surtout marquée au milieu de la période menstruelle, coexistant avec des leucorrhées.

Depuis l'âge de 48 ans, pertes rouges très abondantes, puis minimales 4 ans après.

Douleur droite plus marquée après les pertes.

Au moment des pertes, poussée fébrile à 38°5.

Entre les pertes, hydorrhée.

Etat général bon.

Depuis 6 mois, état de rétention purulente avec température.
T. V. : Utérus gros, mou.

Curetage : Interrompu par la présence d'une masse molle.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Myome grès comme un petit melon, strictement endo-utérin, adhérent au fond.

OBSERVATION 93. — *Mme Pe...*, 48 ans (16-2-54).

Depuis 3 ans, ménométrorragies fréquentes. Entre temps, leucorrhées. La malade se plaint surtout des hémorragies qui l'obligent à arrêter son travail.

Depuis 2 ans, douleurs pelviennes gauches de type difficile à faire préciser.

Etat général bon, sauf quelques vertiges.

T. V. : Col très postérieur. Utérus volumineux, fixé. Sur sa gauche, on perçoit une grosse masse du volume d'un poing et demi, paraissant ramollie.

Intervention : Utérus fibromateux. Deux annexites adhérentes libérées. *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Fibro-myome intra-cavitaire infecté. (On avait pensé à un cancer du corps.)

VI - FORME NON HEMORRAGIQUE

Bien que l'hémorragie soit un signe majeur des myomes intra-cavitaires, nous avons isolé 10 observations où les malades viennent consulter pour des troubles divers, mais ne signalent pas d'hémorragies. Il s'agit :

- soit des troubles classiques des fibro-myomes :
- augmentation de volume du ventre ;
 - troubles urinaires à type de pollakiurie, de dysurie, de rétention d'urine (2 cas) ;
 - douleurs lombo-sacrée ;
 - constipation, etc... ;
- soit de pertes blanches avec ou sans douleurs à type de colique utérine.

OBSERVATION 94. — *Mme Lac...*, 30 ans (13-2-50).

Douleurs abdominales bilatérales par crises surtout à gauche.

Pertes jaunâtres, fétides depuis trois ans.

Mauvais état général, amaigrissement, pas de température.

T. V. : Utérus congestif en rétroversion. Col normal. (On pense à une rétention placentaire.)

Curetage : La curette ramène des formations polypeuses. Paroi latérale droite bosselée. Curetage abrasif.

En 1951 cancer de la vessie.

OBSERVATION 95. — *Mme Bou...*, 45 ans (3-10-52).

Depuis deux ans pertes blanches abondantes améliorées par un traitement médical (pénicilline, injections), réapparues dès l'arrêt du traitement.

Pollakiurie nocturne, dysurie.

Douleurs lombaires à type de pesanteur, avec impression de « quelque chose qui ne veut pas sortir ».

T. V. : Col normal. Utérus basculé en arrière. Un petit kyste de Naboth sur le col.

Curetage : Obstacle sus-isthmique donnant un ressaut à la curette ; il s'agit d'un noyau fibreux qui « peut expliquer les douleurs de caractère expulsif ». Curetage abrasif. Mercurochrome intra-utérin.

OBSERVATION 96. — *Mlle Cha...*, 27 ans (26-1-54).

Depuis 10 ans, leucorrhées plus abondantes depuis six mois, jaunâtres, fétides, irritantes.

T. V. : Hymen perméable à un doigt. Utérus basculé en arrière.

Curetage : Dans le fond utérin, polype du volume d'un noyau de cerise. Utérus un peu inerte. Curetage abrasif.

OBSERVATION 97. — *Mme Mor...*, 48 ans (30-4-51).

Depuis gastrectomie il y a six ans, aménorrhées fréquentes durant six mois. A l'occasion de douleurs pelviennes on trouve un fibrome.

A l'entrée, l'augmentation du volume du fibrome fait décider une intervention.

T. V. : Utérus fibromateux. (On a l'impression d'un utérus gravide en rétroversion.)

Intervention : Gros fibrome à noyau postérieur. Adhéhences. Annexite gauche.

Hystérectomie subtotale.

Pièce : Cavité utérine très déformée :

- Un gros noyau à contenu encéphaloïde et kystique (myome nécrobiotique).
- Un petit noyau au niveau de la corne gauche, dur, simplement asphyxique.

OBSERVATION 98. — *Mme Mon...*, 57 ans (23-2-53).

Augmentation de volume de l'abdomen. Dans les antécédents deux crises de « coliques néphrétiques ».

T. V. : Col normal. Utérus refoulé en arrière.

Intervention : Enorme kyste de l'ovaire, sphacélé, prêt à se rompre. Ponction de 6 litres de sang presque pur. Donc, kyste de l'ovaire gauche, dégénéré, tordu.

Hystérectomie subtotale.

Pièce : Paroi utérine infarcie en certains points.

L'utérus contient un polype sphacélé (myome).

OBSERVATION 99. — *Mme Bo...*, 49 ans (19-2-54).

Depuis six mois, règles irrégulières, douleurs pelviennes gauches à type de lancées, accrues par la fatigue (pesanteur dans la région lombaire, lancées dans la région vulvaire et anale).

Constipation fréquente.

Amaigrissement, lassitude.

Depuis un mois, phlébite du membre inférieur gauche avec température à 38° de cause inconnue.

T. V. : Diaphragme vaginal. Utérus gros, fibreux, en situation intermédiaire.

Intervention : *Hystérectomie subtotale.*

Pièce : Utérus petit, mais très fibreux.

Polype intra-cavitaire.

OBSERVATION 100. — *Mme Far...*, 44 ans (24-2-54).

Il y a six mois, à l'occasion d'un examen systématique on découvre un fibrome. Règles normales, pas de leucorrhées.

Actuellement, sensation de pesanteur abdominale, s'accroissant à la fatigue. Augmentation de volume du ventre.

R.A.S. par ailleurs.

Examen abdominal : Volumineuse masse bien limitée et mobile, mobile avec le col, remontant à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic.

T. V. : Col normal, rejeté dans le cul-de-sac postérieur.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

— Annexites adhérentes.

— Kyste de l'ovaire à droite.

Pièce : Gros fibrome du fond utérin, du volume d'un pamplemousse, mou.

OBSERVATION 101. — *Mme Vig...*, 51 ans (5-3-54).

Douleurs abdominales basses à type de pesanteur et douleurs lombo-sacrées. Pas de méno, ni métrorragie.

Pollakiurie. Etat général assez bon, subictère des conjonctives.

T. V. : Utérus en antéversion, fibromateux, du volume d'un pamplemousse (augmenté de volume depuis deux ans).

Intervention : Deux annexites adhérentes.

Hystérectomie subtotale.

Pièce :

— Hydrosalpinx.

— Utérus fibromateux avec un noyau intra-cavitaire (qui « explique l'infection des annexes »).

OBSERVATION 102. — *Mme Mar...*, 47 ans (17-6-54).

Il y a deux ans, leucorrhées.

Plusieurs crises salpingiennes anciennes. Après une période de calme, les douleurs ont repris à nouveau depuis deux ans.

Lassitude, température à 38° le soir.

Examen abdominal : Réaction péritonéale.

T. V. : Utérus gros. Grosse masse latérale gauche qui remonte dans la fosse iliaque gauche (ovaire kystique ou annexite ?).

Intervention : Fibrome avec deux pyosalpinx, et pelvi-péritonite plastique intense.

Libération des annexes.

Hystérectomie subtotale.

Mickulicz (sigmoïdite).

Pièce :

— à gauche : Ovaire kystique adhérent. Une trompe purulente oblitérée.

— à droite : Pyosalpinx.

Utérus gros comme un poing, fibromateux. A l'ouverture, utérus fibreux, myome du fond.

OBSERVATION 103. — *Mme Tar...*, 60 ans (18-4-55).

Fibrome connu depuis l'âge de 35 ans.

Entre dans le service en rétention d'urine.

Examen : Fibrome du volume de deux poings, à développement antérieur, incarcerated, non mobilisable.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Fibrome du volume d'un pamplemousse entièrement intra-cavitaire.

VII - FORMES RARES COMPLIQUEES

Chez huit malades, au myome intra-cavitaire était associé un kyste de l'ovaire.

Nous rapportons enfin deux observations d'*hématométrie* importante dont l'une infectée :

OBSERVATION 104. — *Mme Cha...*, 69 ans (6-4-48).

Il y a quinze jours, pertes de sang peu abondantes avec des pertes blanches.

T. V. : Du côté gauche, masse latéro-utérine, grosse comme un poing.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale. Episode syncopal.

Pièce : Hématométrie (600 centimètres cubes).

Fibrome sous-muqueux.

OBSERVATION 105. — *Mme Gre...*, 43 ans (23-7-49).

Depuis un an ménorragies très abondantes, avec caillots.

Pollakiurie, pas de constipation.

Pertes blanches.

T. V. : Gros utérus fibromateux, remontant à un travers de main au-dessus de la symphyse, avec un gros noyau antérieur.

Intervention : *Hystérectomie* subtotale.

Pièce : Gros fibrome intra-cavitaire avec Hématométrie infectée et col dilaté.

III - DIAGNOSTIC

1°) Il existe certes de rares cas où le diagnostic de myome intra-cavitaire peut être posé de façon certaine : ce sont ceux où, par le col dilaté, apparaît partiellement le polype fibreux en voie d'accouchement vaginal. Dans ces cas le diagnostic s'impose le plus souvent, bien qu'il soit nécessaire, dans les formes ramollies et sphacélées, de ne pas le confondre, chez une femme jeune avec un polype placentaire, ou, chez une femme âgée avec un néoplasme également en voie d'extériorisation vaginale. Il est évident, d'ailleurs, dans ce dernier cas, qu'une biopsie serait des plus faciles.

2°) Il est des cas où le diagnostic de myome intra-cavitaire ne s'impose pas, mais peut et doit être suspecté : ce sont ces cas nombreux où l'on trouve un utérus un peu gros, de consistance fibromateuse, très hémorragique et présentant parfois de petits signes infectieux, des coliques utérines expulsives et parfois aussi un col en voie d'effacement ou de dilatation.

Dans tous ces cas, la symptomatologie sur laquelle nous avons précédemment insisté est assez évocatrice : on doit penser au myome intra-cavitaire.

3°) Il reste néanmoins de nombreux cas où rien ne permet d'évoquer le diagnostic de myome intra-cavitaire : le col reste dur et fermé, la scène fonctionnelle très peu caractéristique, comme le montrent les formes cliniques décrites plus haut.

Il semble cependant que deux éventualités cliniques peuvent se présenter :

a) le toucher vaginal montre un gros utérus qualifié de fibromateux certain. S'il existe des hémorragies, un petit état infectieux, il faut faire des réserves sur le contenu de l'utérus (néoplasme ou myome intra-cavitaire ?) et poser l'indication opératoire après avoir pris toutes les précautions préopératoires nécessaires.

b) Il existe un utérus subnormal, un peu dur chez une malade qui saigne, au voisinage de la ménopause : dans ce cas le diagnostic différentiel se pose au maximum :

— l'ancien « *utérus de Richelot* », l'*utérus fibreux hormonal* des gynécologues actuels : le plus souvent ces malades auront déjà reçu des doses abondantes de testostérone et l'échec thérapeutique aura presque la valeur diagnostique d'un traitement d'épreuve.

— l'autre erreur enfin, dans ces cas, sera surtout de méconnaître un *épithélioma du corps utérin*. Et nous reconnaissons volontiers que, souvent, le diagnostic clinique peut être impossible.

C'est alors dans ces cas qu'il faudra s'aider de méthodes spéciales :

Théoriquement les *frottis vaginaux*, en montrant les cellules néoplasiques, constitueraient la méthode la plus séduisante, mais elle se heurte toujours à des difficultés de réalisation et d'interprétation histologique encore regrettables.

Reste l'*hystérographie* :

Il est indéniable qu'actuellement, entre des mains qualifiées, elle peut donner des images absolument démonstratives en imprégnant de lipiodol la cavité utérine. On peut voir en effet nettement l'image pathognomonique d'un cancer du corps utérin avec ses dentelures, son flou caractéristique, son aspect en dents de peigne. Ceci contraste admirablement avec l'image lacunaire, polycylique et nette du polype fibreux intra-utérin. Certes on peut faire une collection de clichés superbes

à ce point de vue en faisant des hystérogaphies systématiques à toutes les malades. Mais, à côté des beaux clichés que l'on montre, il y a les autres, bien nombreux aussi, que l'on cache et qui n'ont aucune valeur diagnostique.

Il faut en effet comprendre que, selon la localisation du polype dans l'utérus, l'image est plus ou moins belle, que l'imprégnation de la cavité utérine n'est pas forcément régulière, même en dehors de toute faute technique. D'autre part l'utérus peut contenir des cloisons, des brides et surtout des caillots plus ou moins organisés dont les images se superposent à celle du polype.

Enfin nous avons suffisamment insisté sur la fréquence de l'infection latente des fibromes intra-cavitaires pour pouvoir dire qu'une injection de lipiodol n'est pas toujours sans danger.

Pour toutes ces raisons, l'examen des frottis et l'hystérogaphie sont loin d'être des méthodes suffisantes et finalement on arrive, avec ou sans hystérogaphie préalable, à contrôler les suspicions cliniques par un *curetage explorateur*.

Nous ne voulons pas, à ce sujet, écrire à nouveau ici toute la polémique faite autour du curetage dans un utérus néoplasique possible.

Lui aussi réclame une main compétente, mais il a du moins une réelle valeur : à lui seul souvent, il éclaire le diagnostic tout en permettant la biopsie et l'examen histologique. De plus, comme le montrent nombre de nos observations, il peut être suivi de l'ablation du polype ou bien être seulement abrasif ou hémostatique, donnant au moins un résultat d'attente en toute sécurité. Dans les observations rapportées il n'a jamais été suivi d'accident et il a toujours permis un diagnostic.

Il est curieux d'ailleurs de noter que, par exemple pour les autres cavités (œsophage, estomac, rectum, trachée, bronches, etc...), les examens radioscopiques ont précédé l'endoscopie et la biopsie désirable que l'on cher-

che actuellement à réaliser à tout prix malgré beaucoup de difficultés. Et pour la cavité utérine, elle très accessible, on veut raisonner d'une manière inverse et refuser au curetage si simple toute sa valeur.

L'argument cancérologique selon lequel le curetage biopsique serait suivi de généralisation en cas de néoplasme est également spécieux à notre époque où ces mêmes cancérologues invitent les gynécologues à multiplier en série les biopsies pour le col utérin.

IV - LE TRAITEMENT DES MYOMES INTRA-CAVITAIRES

Avant d'envisager le traitement chirurgical dont relèvent les myomes intra-cavitaires, nous dirons quelques mots du traitement médical qui, bien qu'au second plan, a son importance, comme adjuvant de la thérapeutique chirurgicale.

I - LE TRAITEMENT MEDICAL

Il devra être précédé d'examens complémentaires qui sont particulièrement nécessaires :

- Numération globulaire, formule leucocytaire (une leucocytose objectivant une infection inapparente).
- Temps de saignement, temps de coagulation.
- Prothrombinémie.
- Groupage sanguin.
- Dosage d'urée, etc...

1° - LES TRANSFUSIONS

Dans les formes avec anémie aiguë, les transfusions constituent un acte de première urgence, permettant l'acte opératoire dont elles seront parfois aussi le complément indispensable.

Les extraits plaquettaires, les injections d'ergotine ou de post-hypophyse ont été utilisés.

2° - LES ANTIBIOTIQUES

D'intérêt primordial dans les formes avec infection manifeste (température, pertes purulentes, annexite), les antibiotiques mycotiques sont indiqués aussi dans les cas où les phénomènes infectieux sont larvés, l'endométrite latente. Or, comme les myomes intra-cavitaires devront toujours être suspectés d'infection, même inapparente, on peut préconiser une utilisation systématique de la pénicilline, par exemple. En outre les antibiotiques ont aussi un rôle hémostatique agissant sur les hémorragies secondaires dues à l'infection.

3° - L'HORMONOTHÉRAPIE

Alors que l'emploi de la testostérone arrive, dans un grand nombre de cas de fibromes courants, à tarir ou diminuer les hémorragies, il est particulièrement intéressant de noter que dans la variété qui nous occupe, elle ne compte pratiquement que des échecs.

Nous avons vu que, dans au moins 16 observations, il est fait mention de l'échec du traitement hormonal et cet échec même doit faire redouter le cancer ou faire penser au fibro-myome endo-utérin.

II - LE TRAITEMENT CHIRURGICAL : LES METHODES

Seul le traitement chirurgical est de mise devant un myome intra-cavitaire. On distingue deux grandes variétés d'interventions : les interventions mutilantes et les interventions conservatrices.

1° - Les interventions radicales : l'hystérectomie

Les voies d'abord sont ou vaginales, ou le plus souvent abdominales. On peut pratiquer l'ablation de l'utérus en entier (hystérectomie totale) ou laisser le col (hystérectomie subtotale, qui a la faveur des chirurgiens).

Quant aux annexes, suivant les cas, on peut ou les conserver ou les enlever.

Sur les 118 cas de myomes intra-cavitaires que nous rapportons, on a pratiqué 69 hystérectomies la plupart subtotaux, soit dans 58 % des cas.

2° - Les interventions conservatrices

Il s'agit de la *Myomectomie*, opération qui consiste à pratiquer l'ablation du fibro-myome *in situ*, en conservant l'utérus.

Pour ce faire, dans le cas de fibro-myome intra-cavitaire, il faut :

— soit ouvrir la cavité utérine : c'est l'*hystérotomie abdominale ou vaginale*.

— soit pratiquer, après dilatation du col, une *myomectomie intra-utérine* : *myomectomie par torsion* ou *curetage*, méthodes que nous aurons plus particulièrement en vue.

A - L'HYSTÉROTOMIE

De cette modalité opératoire nous ne dirons que quelques mots, l'hystérotomie ayant fait l'objet de nombreux articles, en particulier celui de MM. COTTE et POLLOSSE, et de la thèse de Mlle GONIN (Lyon 1952) inspirée par le Docteur LABRY, dans laquelle sont rapportées 6 ob-

servations de chirurgie conservatrice, observations que nous ne citons pas dans notre statistique.

Cette ouverture de la cavité utérine permet d'apprécier avec toute la précision nécessaire la situation, la forme, et le volume du myome dont l'extraction sera ainsi facilitée. Elle consiste à pratiquer, dans les cas de polype une simple torsion et, dans les autres variétés anatomiques, un clivage au ciseau ou un morcellement. Après hémostase, on pratique une suture de la brèche utérine.

Nous rappellerons qu'il est distingué deux variétés d'hystérotomie suivant les voies d'abord utilisées :

a) - *L'hystérotomie abdominale :*

C'est le procédé de choix le plus utilisé par les chirurgiens car il permet, au niveau de l'utérus, de localiser le myome, et de faire ainsi l'incision idéale pour en permettre le repérage au doigt et l'extraction dans les conditions les meilleures. La suture de la muqueuse et du muscle utérin en deux plans sera suivie ou non d'une péritonisation.

b) - *L'hystérotomie vaginale :*

Etudiée dans la thèse de Mme GURLY (Paris, 1947), l'hystérotomie par voie vaginale comporte deux techniques différentes :

a) Si le col est dilaté, on pratique à son niveau une incision large, prolongée jusqu'à l'isthme utérin. L'abord du myome étant ainsi très facilité, on en pratique l'ablation soit par torsion, soit par clivage, soit par morcellement. On termine en suturant le col.

Nous rapportons une observation d'hystérotomie antérieure du col :

OBSERVATION 106. — *Mme Bi...*, 48 ans (6-6-50).

Depuis 3 ans, ménorragies (augmentation très marquée de la durée des règles). R.A.S. par ailleurs, sinon une température à 37°5.

T. V. : Col regardant en arrière, par lequel s'exteriorise un gros polype. Utérus gros. Pas d'annexe perceptible.

Intervention (13-6-50) :

Hystérotomie antérieure du col. Myomectomie par torsion d'un polype de la grosseur d'une noix verte.

b) Si le col n'est pas dilaté, après désinsertion du vagin, et décollement vésico-vaginal, on pratique une hystérotomie basse, permettant une exploration intra-utérine (hélas, un peu aveugle) et l'ablation du myome. Cette voie d'abord, moins satisfaisante, nécessite des conditions :

- un vagin non sclérosé, souple.
- un col qu'on pourra facilement abaisser.
- enfin un polype assez bas situé et pas trop gros.

En pratique, ces conditions sont rarement rencontrées. Nous ne rapportons aucun cas où cette technique ait été utilisée.

B - MYOMECTOMIE INTRA-CERVICALE

Alors que, sur les 118 observations rapportées, nous ne trouvons aucun cas traité par hystérotomie abdominale, on sera peut-être surpris de trouver 10 myomectomies intra-utérines par torsion ou au ciseau effectuées par voie vaginale.

Il s'agissait dans ces 10 cas :

- soit de polypes fibromateux visibles à travers un col entrouvert.
- soit de polypes en voie d'accouchement à travers un col, cette fois-ci, dilaté.

La facilité avec laquelle on peut aborder le polype à travers le col effacé et dilaté permet une intervention d'une simplicité idéale puisqu'elle ne lèse en aucune façon l'utérus et qu'elle est particulièrement bénigne.

Nous avons isolé et rapporté ci-après les 10 observations de myomectomie intra-cervicale par torsion :

OBSERVATION 107. — *Mme Bug...*, 51 ans (6-7-49).

Depuis 1 an ménorragies avec caillots. Métrorragies actuellement. Quelques pertes blanches entre les règles.

T. V. : Col dur, entrouvert, laissant passer des polypes muqueux. Utérus gros, dur.

Intervention : La curette rencontre de multiples noyaux fibromateux sur le fond et la paroi postérieure.

Deuxième séjour (octobre 1949) : Pertes abondantes. Col dilaté et laissant percevoir un noyau fibromateux sphacélé.

Intervention (27-10-49) : Myomectomie intra-utérine avec ci-seau.

Pièce : Myome sphacélé du volume d'une pomme.

OBSERVATION 108. — *Mme Vei...*, 46 ans (12-12-49).

Ménorragies depuis 6 mois, abondantes, depuis 4 mois, spontanées avec caillots. Quelques douleurs à type de pesanteur.

T. V. : Gros polype en voie d'accouchement.

Intervention : Ablation par torsion d'un polype fibreux du volume d'une noix.

OBSERVATION 109. — *Mme Bru...*, (25-1-50)

Depuis deux mois, ménorragies. Pas de douleurs. Pas de température.

T. V. : Col très irrégulier. Corps utérin basculé en arrière. Col entrouvert laissant percevoir un polype fibreux au toucher.

Intervention : Ablation par torsion d'un myome isthmique gros comme une petite noix, moulé dans la cavité isthmique contractée sur lui.

OBSERVATION 110. — *Mlle Cos...*, 44 ans (13-11-50).

Douleurs abdominales et lombaires. Ménorragies (15 jours de règles).

T. V. : Enorme col, bosselé, de consistance dure et fibreuse. Utérus et annexes non perçus.

Intervention : Col dilaté. Gros noyaux fibromateux du volume d'une mandarine, en voie d'accouchement.

Myomectomie intra-cervicale par torsion suivie de curetage.

OBSERVATION 111. — *Mme Mat...*, 45 ans (18-2-51).

Depuis 4 mois, métrorragies peu abondantes, spontanées, mais exagérées par les efforts et la fatigue. Ménorragies avec caillots.

T. V. : Polype fibreux accouché par le col entrouvert. Utérus un peu gros.

Intervention : Ablation par torsion d'un polype en voie de sphacèle. La curette accroche plusieurs noyaux fibreux (chlorure de zinc).

OBSERVATION 112. — *Mme Pen...*, 44 ans (28-8-51).

Il y a deux ans, métrorragies non arrêtées par un traitement hormonal. Depuis 1 an et demi, reprise des métrorragies (qui avaient cessé après l'ablation d'un polype), de plus en plus abondantes. Echec d'un traitement hormonal. Pollakiurie au moment des hémorragies. Pertes blanches assez abondantes.

T. V. : Polypes fibreux de la grosseur d'une noix accouché par le col.

Intervention : Ablation par torsion d'un myome du volume d'une grosse noix verte, d'implantation sous-isthmique droite.

Suites : Phlébite.

OBSERVATION 113. — *Mme Lem...*, 52 ans (28-9-52).

Ménopause depuis 1 an et demi. Il y a un mois hémorragie très abondante. Un traitement hormonal fait diminuer, mais pas disparaître les pertes. Il y a 15 jours, nouvelle hémorragie moins abondante.

T. V. : On sent au col un polype fibreux du volume d'une noix.

Intervention : Ablation par torsion d'un polype.

OBSERVATION 114. — *Mme Bou...*, 45 ans (2-10-52).

Depuis 4 ans ménorragies. Depuis 4 mois, 4 jours après les règles, métrorragie brutale, abondante sans douleur. Depuis, pertes continuelles. Traitement hormonal inefficace.

T. V. : Utérus normal. Au col on sent un polype fibreux.

Intervention : Ablation par torsion d'un polype fibreux du volume d'une noix. Cavité utérine déformée et scléreuse.

Nouveau séjour (16-8-55) :

Depuis novembre 1954, ménorragie.

Curetage : col suspect. Devant possibilité de cancer, on fera une biopsie dans 2 mois. Utérus fibreux.

Traitement hormonal.

OBSERVATION 115. — *Mme Sara...*, 51 ans (17-11-52).

Depuis 11 ans ménométrorragies. Curetage il y a 7 ans. Depuis 3 ans traitement hormonal.

Pas de règles depuis 1 mois. Pertes blanches rosées provoquées par la fatigue, par les secousses. Douleurs abdominales. Quelques douleurs lombaires.

T. V. : Col entrouvert accouchant d'un polype (grosse noix), fibreux, sphacélé, noirâtre, mobile.

Intervention : Ablation par torsion d'un polype en forme d'haltère, étranglé à travers le col. Curetage abrasif.

OBSERVATION 116. — *Mme Sey...*, 50 ans (27-2-53).

Depuis 15 jours, ménorragies abondantes. Pendant une journée, douleurs très vives de type expulsif. A la suite de l'hémorragie, pertes jaunâtres peu abondantes, fétides. Bon état général, pas de température.

T. V. : Col complètement ouvert avec un polype (gros comme une mandarine) qui fait saillie. Utérus gros, douloureux.

Intervention : Ablation par torsion d'un gros polype fibreux, sphacélé, en partie nécrotique.

C - CURETAGE INTRA-UTÉRIN

Notre statistique rapporte 37 cas de curetage intra-utérin.

Sous anesthésie générale, on pratique une dilatation très poussée du col. Celle-ci permet l'introduction d'une curette qui explore largement l'endomètre, à la recherche soit de polypes, soit de myomes sessiles faisant saillie dans la cavité, soit de simples noyaux fibreux sous-muqueux responsables des hémorragies que la curette enlève ou abrase simplement.

En outre, nous citerons ci-dessous un cas rare de myomectomie par curage digital :

OBSERVATION 117. — *Mlle Buis...*, 35 ans (8-9-54).

Depuis 6 mois, ménorragies. Un traitement hormonal diminue les règles, mais apparition de leucorrhées et de métrorragies.

Après arrêt d'un nouveau traitement reprise des hémorragies, très abondantes.

Quelques douleurs pelviennes exacerbées en crises paroxys-
tiques.

Amaigrissement, asthénie, constipation, dysurie.

T. V. : Hymen. Col entrouvert. Utérus gros et mou.

On pense à une fausse couche, ou à l'accouchement d'un
fibrome.

Curetage : On extirpe à la main un myome du volume d'une
noisette. Cavité vide.

Donc, cas rare de myomectomie par curage digital.

III - CONDUITE A TENIR

Elle est assez difficile à schématiser, le diagnostic
n'étant pas toujours posé avec exactitude avant l'inter-
vention. L'attitude du chirurgien tiendra compte essen-
tiellement de l'âge de la malade et du contexte clinique.

1   - CHEZ UNE FEMME APRÈS L'ÂGE DE LA MÉNOPAUSE OU AU VOISINAGE DE LA MÉNOPAUSE

Chez des femmes âgées de 45 à 60 ans qui présentent
des hémorragies rebelles, chez qui on perçoit peut-être
des lésions d'annexite ou de multiples myomes utérins,
il importe peu, lorsqu'on a éliminé le cancer du corps
utérin, que le diagnostic de polype intra-cavitaire soit
porté, on ne peut souvent que le soupçonner.

Le contexte clinique, à lui seul impose alors une ex-
ploration qui permet de ne pas risquer de laisser   vo-
luer un cancer du corps utérin, puis d'envisager l'inter-
vention adaptée à la forme, au volume, aux r  percus-
sions hémorragiques ou infectieuses du myome.

Les hystérectomies subtotaales faites dans 58 % des
cas concernaient, à 3 ou 4 exceptions près, des femmes
chez lesquelles la conservation de la menstruation n'était
plus à envisager. Et si ces exceptions concernent des jeu-
nes femmes de 31, 38, 40 ans, c'est que la gravité de leur
  tat ou l'association de grosses lésions annexielles ne per-
mettaient pas d'autre solution.

2° - CHEZ UNE FEMME RELATIVEMENT JEUNE

On ne saurait en effet se résoudre à faire d'emblée une hystérectomie, si grave pour elle de conséquences. Aussi tous les moyens devront-ils être mis en œuvre pour préciser le diagnostic.

Sur un contexte clinique souvent peu évocateur (il le sera plus s'il s'agit de méno-métrorragies rebelles, de coliques utérines, si l'on constate un col entrouvert et encore pensera-t-on plus souvent à la rétention placentaire) il y a une intervention simple et bénigne à faire, c'est *l'exploration endo-utérine par curetage*, précédée ou non d'une hystérographie.

Encore faudra-t-il savoir, dans les cas douteux, recourir au cours de l'opération (en dehors des cas infectés) à l'hystérotomie abdominale ou vaginale qui donnera un diagnostic plus précis sur le contenu utérin, tout en permettant d'apprécier le myome.

Après des soins préopératoires soigneux (transfusion si nécessaire, traitement antibiotique systématique), on pourra, en connaissance de cause, choisir entre l'opération conservatrice ou l'hystérectomie à laquelle il faudra parfois se résoudre malgré les conditions d'âge, de vie sociale, etc...

Avec les simples curetages et les myomectomies intra-cervicales (chirurgie idéale), nous comptons 49 observations de chirurgie conservatrice soit 42 % des cas, sans compter les observations du Docteur LABRY publiées dans la thèse de Mlle GONIN concernant 6 hystérotomies. Inutile de dire que cette chirurgie conservatrice a été pratiquée toutes les fois qu'elle était possible.

IV - RESULTATS DE LA THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE

A la lecture des observations, il apparaît que le traitement chirurgical s'est avéré, sauf deux fois, pleinement satisfaisant.

Les suites opératoires ont été bonnes en général, sauf dans 6 cas où il est fait mention de :

- Fièvre pendant cinq jours ;
- Un épisode occlusif pour lequel il a fallu réintervenir et libérer des adhérences ;
- Un hématome (Syndrome hémorragique) ;
- Deux phlébites ;
- Une éventration.

Chez certaines opérées, le curetage s'étant révélé insuffisant, il a fallu envisager une nouvelle intervention, radicale cette fois-ci, d'hystérectomie.

Dans notre statistique de 118 myomes intra-cavitaires, nous avons néanmoins à déplorer 2 décès :

Le premier (*Mme La...*, âgée de 48 ans, observation numéro 70), chez qui avait été pratiquée une hystérectomie subtotale, est décédée 6 jours après l'intervention dans un syndrome occlusif terminé par une défaillance cardiaque. Chose curieuse, mais simple coïncidence certainement, c'est la seule malade chez qui ait été pratiquée une hystérogaphie qui avait bien montré un gros noyau intra-cavitaire retrouvé à l'ouverture de l'utérus.

Le deuxième cas a été colligé tout récemment et nous l'avons rajouté alors que notre thèse était presque terminée.

OBSERVATION 118. — *Mme Dau...*, 42 ans (20-9-55).

Episode d'aménorrhée en mai 1953. Il y a un an les règles deviennent très abondantes, cataclysmiques avec caillots obligeant la malade à rester alitée 4 jours.

Aucune douleur, aucun fléchissement de l'état général. Entre à l'hôpital pour mettre fin à cette incapacité périodique.

T. V. : Col normal. Utérus du volume d'un petit melon, ferme, élastique, remontant à un travers de main, au-dessus de la symphyse. Hypertrophie prédominant à droite. Pas d'annexe perçue. Pas de pertes actuellement.

Réaction de Galli-Maïnini négative.

Intervention (22-9-55) (Dr Duroux) : Gros utérus du volume d'un utérus gravide de 3 mois. *Hystérectomie* subtotale.

Vu l'âge de la malade on conserve l'annexe gauche. La trompe n'est pas très normale, mais elle ne présente que quelques nodules manifestement le siège de lésions inflammatoires apaisées. On conserve la trompe pour laisser à l'ovaire toute sa vascularisation.

Pièce : Myome intra-utérin sous-muqueux et intra-cavitaire. Ce myome très volumineux (trois fois le volume de l'utérus, subnormal par ailleurs) est gris, nécrobiotique et ses fibres apparaissent séparées par un liquide séreux, qui lui donne l'impression d'avoir séjourné longtemps dans l'eau. L'œdème s'étend jusqu'au fond utérin au-delà de la zone d'insertion.

Suites : D'abord simples jusqu'au 3^e jour ; l'émission des gaz est normale. Au 4^e jour, douleur vive dans la fosse iliaque gauche, température à 38°5.

Antibiotiques.

Le soir, élévation thermique à 40°.

Le lendemain, après défervescence, nouveau clocher à 40°5.

Mort à 23 h. 30 en quelques minutes.

Protocole nécropsique : Péritonite généralisée par rupture d'un pyosalpinx gauche. La trompe conservée est gangréneuse.

Donc, sur 118 observations nous ne relevons que deux décès. Celui-ci est très instructif : le myome chez cette malade aurait dû, malgré tout, être traité par hystérectomie sans conservation annexielle. La valeur de l'annexe gauche a été surestimée. La trompe était oblitérée au niveau de l'infundibulum : peut-être la ligature de la portion isthmique a-t-elle transformé la trompe en poche close où l'infection s'est exacerbée. Lorsque le myome

intra-cavitaire est d'un certain volume et nécro-biotique. les annexes sont rarement saines. Peut-être sont-elles à considérer comme encore moins saines qu'elles n'apparaissent et faire refuser la conservation devant toute trompe suspecte d'infection.

CONCLUSIONS

Les myomes intra-cavitaires de l'utérus, bien que peu décrits dans les ouvrages classiques, constituent une entité clinique certaine.

Ils sont relativement fréquents : En colligeant les observations du service gynécologique de l'Hôtel-Dieu de 1948 à 1955, nous en avons trouvé 118 cas.

L'apparition de méno-métrorragies rebelles, non influencées par le traitement hormonal et souvent associées à des signes infectieux doit faire suspecter le myome intra-cavitaire. L'existence de coliques utérines, la constatation d'un col qui s'entrouvre chez une fibromateuse sont des signes plus évocateurs.

Le diagnostic qui doit surtout éliminer l'épithélioma du corps utérin peut se faire cliniquement. L'examen des frottis vaginaux et l'hystérographie peuvent donner d'excellents renseignements, mais, pratiquement, le curetage explorateur, en permettant une biopsie, garde toute sa valeur.

Tout myome intra-cavitaire diagnostiqué ou même suspecté relève d'un traitement chirurgical :

— soit l'hystérectomie, opération élective dans les cas d'hémorragie grave et de lésions annexielles importantes et chez les femmes au voisinage de la ménopause.

— soit une myomectomie qui, suivant les cas, demande des voies d'abord différentes :

- par hystérotomie abdominale,
- par curetage endo-utérin,
- par hystérotomie vaginale,
- ou enfin myomectomie intra-cervicale si le myome apparaît à travers un col entrouvert.

Vu :

Le Doyen,
HERMANN.

: Vu

Le Président de la Thèse,
ROCHET.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 Octobre 1955

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
A. ALLIX.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AJAVON (Robert). — Contribution à l'étude des fibromes compliqués de salpingites aiguës. *Thèse*, Paris 1946, n° 882.
- BOUCHEL (Jean). — Considérations anatomo-cliniques à propos d'une série de 157 myomectomies. *Thèse*, Lyon 1943, n° 231.
- CHALIER (A.). — A propos de métrorragies virginales par polype utérin méconnu. Soc. Chir. de Lyon. Séance du 24 juin 1941. In *Lyon Méd.*, n° 167, 4 janv. 1942, pp. 16.
- CHALIER et CONVERT (P.). — Violentes hémorragies après myomectomies liées à la persistance d'un gros polype. Soc. de Chir. de Lyon. Séance du 22 fév. 1945. In *Lyon Chir.*, sept.-oct. 1945, pp. 634-637.
- Congrès (XIV^e) français de Gynécologie (1950). — *Le cancer du corps utérin*. 1 vol., 247 p., Expansion Scient. Franç., éd.
- COTTE (G.). — Quelle place donner à la myomectomie dans le traitement des fibromes utérins : 157 cas (Discussion Mocquot, Rouhier, Basset.) *Mém. Acad. de Chir.*, 1943, t. 69, pp. 379-388.
- Comment envisager actuellement le traitement des myomes utérins. *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, 1946, t. 41, pp. 1-16.
- COTTE et MATHIEU (J.). — Sur une nouvelle série de 163 interventions pour myomes utérins : la place de la myomectomie. *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, t. 38, 1943, pp. 265-274.
- COTTE (G.) et POLLOSSON. — L'hystérotomie abdominale. *Rev. franç. de Gyn.*, t. 38, 10 oct. 1943, pp. 275-281.
- COULOMBEIX (Jean-Victor-Henri). — Diagnostic et traitement des polypes intra-cavitaires de l'utérus. *Thèse*, Paris 1937.
- DESFOSSÉS (Louis-Noël). — Recherche sur l'état de la muqueuse dans les hémorragies des fibro-myomes utérins. *Thèse*, Paris 1945.
- DESMAREST (Ed.). — Les indications opératoires dans les fibromes utérins. *Mém. Acad. de Chir.*, 1942, t. 68, pp. 178-184.
- DUCUING (J.). — *Le fibro-myome utérin*, 1 vol., 540 p., Paris 1946, Masson éd.

- GACHE (Paul). — Des dangers de l'exérèse par voie vaginale des polypes fibreux accouchés. *Thèse*, Lyon 1946.
- GUERRERO (C.-D.). — Le traitement conservateur du fibro-myome utérin. *Sem. Hop.*, Paris 27-80, 30 oct. 1951, pp. 5.174-81.
- GONIN (Denise). — Chirurgie conservatrice dans les fibromes intra-cavitaires. *Thèse*, Lyon 1952.
- GURLY (Mme G.-H.), née Belleville. — Polypes intra-cavitaires de l'utérus : diagnostic et traitement par l'hystérotomie vaginale. *Thèse*, Paris 1947, n° 751 (dact., 78 p.).
- HUBER (H.). — Zur Klinik der Schleimhautpolypen des Uterus Geburtshilfe und Frauenheilkunde (Stuttgart 11-7, July 51, pp. 675-90).
- KELLER (R.). — Chirurgie conservatrice des fibromes de l'utérus. *Rev. franç. de Gyn. et Obst.*, 1943, t. 38, pp. 120-128.
- LABRY (R.). — Polypes fibreux méconnus avec métrorragies rebelles. *Soc. de Chir. de Lyon*. Séance du 3 avril 1941. In *Lyon Chir.*, 1941, t. 37, pp. 348-350.
- LABRY (R.) et DUROUX (P.-E.). — Considérations cliniques et indications chirurgicales dans les fibromes intra-cavitaires. *Lyon Chir.*, t. 47, avril 1952, pp. 350-355.
- MATHIEU (J.). — Les possibilités de la chirurgie conservatrice dans le traitement des myomes intra-cavitaires. *Lyon Chir.*, avril 1952, t. 47, pp. 356-358.
- MIKAILOVITCH. — Annexites dans les fibromes utérins. *Thèse*, Lyon 1924.
- MOCQUOT et PALMER. — Diagnostic et traitement des polypes intra-cavitaires de l'utérus. *Paris Méd.*, n° 51, 19 déc. 1936, pp. 462-468.
- MOCQUOT. — Polype intra-cavitaire de l'utérus enlevé par hystérotomie abdominale. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, nov. 1936, n° 9, pp. 662-666.
- MOGNETTI (Jacques-Maurice-Charles). — Fibromes à respecter. Sur l'opportunité et les modalités d'un traitement conservateur au cours de certains fibro-myomes. *Thèse*, Paris 1949, n° 52.
- PIN (Pierre-Albert-Elie). — Fibromes sous-muqueux et testostérone. *Thèse*, Paris 1948.
- POLLOSSON. — IX^e Congrès français de Gyn., Paris, oct. 45. Le traitement chirurgical des fibro-myomes utérins.
- NETTER (A.), JAMES (M.), AUMAIRE (J.) et RIVET (Mlle N.). — Les hémorragies génitales chez la femme. *Compt. rend. Soc. franç. Gyn.*, 1952, 22, pp. 215-219.
- TIXIER (M.-L.). — Indications du traitement chirurgical dans les fibromes utérins. Rapport au XXXIII^e Congrès français de chirurgie, Paris 1924.
- ZONDEK (B.). — Conservative myomectomy. *Surg. Gynec. and Obst.*, 1939, t. 69, pp. 214-220.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	11
INTRODUCTION	13
I - ETUDE CLINIQUE	15
1° Signes fonctionnels	15
2° Examen gynécologique.....	19
3° Les examens spéciaux.....	21
II - FORMES CLINIQUES	25
1° Forme hémorragique pure	25
2° Forme hémorragique grave entraînant altération de l'état général	30
3° Forme hémorragique avec douleurs lombo-abdo- minales	36
4° Forme hémorragique avec coliques utérines	42
5° Forme hémorragique avec signes d'infection ..	45
6° Forme non hémorragique	52
7° Formes rares compliquées	56
III - DIAGNOSTIC	57
IV - TRAITEMENT DES MYOMES	61
1° Le traitement médical	61
2° Le traitement chirurgical : Les méthodes	62
3° Conduite à tenir	69
4° Résultats de la thérapeutique chirurgicale.....	71
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

